BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

TOME XXIII — 1897

0 1 2 3 4 5 (cm)

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 51.2.98.

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PUBLIÉS PAR LES SOINS DES SECRÉTAIRES DE LA SOCIÉTÉ

M. PAUL RECLUS
Secrétaire général,

ET

MM. NÉLATON ET REYNIER
Secrétaires annuels.



TOME XXIII — 1897

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1897



STATUTS

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

DE PARIS

FONDÉE LE 23 AOUT 1843

ET RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE LE 29 AOUT 1859.

TITRE PREMIER.

Constitution et but de la Société.

ARTICLE PREMIER.

Il est formé à Paris une Société de chirurgie qui prend le nom de *Société de chirurgie de Paris.*

ART. 2.

Elle a pour but l'étude et les progrès de la chirurgie ; ses travaux comprennent tout ce qui peut concourir à cet objet.

TITRE II.

Composition de la Société.

ART. 3.

Sont fondateurs de la Société :

MM. AUG. BÉRARD, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie nationale de médecine de Paris.

MM. G. Monod, chirurgien de la Maison royale de santé, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Alph. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Michon, chirurgien de l'hôpital Cochin et du collège Louis-le-Grand, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Guersant (fils), chirurgien de l'hôpital des Enfants.

Vidal (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Danyau, chirurgien-professeur adjoint de la Maison d'accouchement, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Lenoir, chirurgien de l'hôpital Necker, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Malgaigne, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

P. Huguier, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Ph. Rigaud, professeur de clinique chirurgicale et de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Strasbourg, ex-chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Nélaton, chirurgien de l'hospice de la Vieillesse (hommes), agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Denonvilliers, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris.

Maisonneuve, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Chassaignac, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Cullerier, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Marjolin (fils), chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Art. 4.

La Société se compose de membres titulaires, de membres honoraires, d'associés étrangers, de correspondants nationaux et de correspondants étrangers.

Art. 5.

Le nombre des titulaires est fixé à 35 ; celui des associés étrangers, à 20 ; celui des correspondants nationaux, à 100, et celui des correspondants étrangers, à 70. Le nombre des membres honoraires est illimité.

ART. 6.

Les membres titulaires et honoraires ont seuls voix délibérative ; ils peuvent seuls faire partie des commissions et prendre part aux élections. Les titulaires seuls peuvent faire partie du bureau.

ART. 7.

Les conditions de toute candidature pour les places de titulaires et de correspondants nationaux sont : 1° d'être *docteur en médecine* ou *en chirurgie ;* 2° d'avoir présenté à la Société un travail inédit ; 3° d'avoir adressé à la Société une demande écrite spéciale.

ART. 8.

Seront nommés membres honoraires : 1° les titulaires qui, après au moins dix ans de titulariat, en feront la demande, et obtiendront le consentement de la Société ; 2° les chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris en exercice depuis plus de douze ans, qui en feront la demande écrite et qui obtiendront au scrutin secret la majorité des suffrages ; 3° en outre, la Société se réserve le droit de nommer directement aux places de membres honoraires des chirurgiens éminents qui n'auraient pas fait acte de candidature. Mais ces dernières nominations ne pourront avoir lieu que sur une demande écrite signée de dix membres titulaires et sur l'avis favorable d'une commission chargée de faire à la Société un rapport sur cette demande.

ART. 9.

Les associés et correspondants étrangers sont choisis par la Société, sur la présentation et sur le rapport d'une commission spéciale, parmi les chirurgiens célèbres par leurs travaux, leur pratique ou leurs écrits, et parmi ceux qui ont envoyé un travail manuscrit ou imprimé.

ART. 10.

Toutes les élections se font au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présents. Les élections des titulaires et des honoraires n'ont lieu que lorsque les deux tiers des membres titulaires prennent part au scrutin. Pour les autres élections, il suffit de la moitié plus un des membres titulaires.

Quand il doit être procédé à une élection, les membres titulaires et honoraires sont avertis par une convocation spéciale.

TITRE III.

Administration de la Société.

ART. 11.

Le bureau est ainsi composé :

Un président.
Un vice-président.
Un secrétaire général.
Deux secrétaires annuels.
Un bibliothécaire archiviste.
Un trésorier.

ART. 12.

Le président, élu pour un an, n'est rééligible qu'après une année d'intervalle. Le secrétaire général, nommé pour une période de cinq ans, n'est pas rééligible à la fin de cette période, mais il peut être réélu plus tard. Les autres membres du bureau sont nommés pour un an et rééligibles.

ART. 13.

Le bureau représente la Société vis-à-vis des tiers.

ART. 14.

Le président remplit les fonctions d'ordonnateur : il signe les mandats de dépense, de concert avec le secrétaire général.

ART. 15.

Le trésorier rend chaque année un compte détaillé de sa gestion.

ART. 16.

Les délibérations relatives à des aliénations, acquisitions ou échanges d'immeubles et à l'acceptation de dons ou legs, sont subordonnées à l'autorisation du gouvernement. Elles ne peuvent être prises qu'après une convocation spéciale, et à la majorité des deux tiers des membres titulaires et honoraires présents.

TITRE IV.

Ressources de la Société.

ART. 17.

Les ressources de la Société se composent :

1° Du revenu des biens et valeurs de toute nature appartenant à la Société ;

2° Du droit d'admission pour les titulaires et correspondants nationaux ; ce droit est fixé à 20 francs ;

3° De la cotisation mensuelle payée par les membres titulaires et honoraires ; le montant en est fixé chaque année par la Société ;

4° De la cotisation annuelle payée par les membres correspondants nationaux ;

5° Des amendes encourues suivant qu'il sera statué par le règlement ;

6° Du produit des publications ;

7° Des dons et legs qu'elle est autorisée à recueillir ;

8° Des subventions qui peuvent lui être accordées par l'État.

ART. 18.

Les fonds libres sont placés en rente sur l'État.

TITRE V.

Des séances et de la publication des travaux.

ART. 19.

La Société se réunit en séance toutes les semaines ; les séances sont publiques. La Société suspend ses séances du 15 août au premier mercredi d'octobre. La Société peut se former en comité secret.

ART. 20.

Il y a tous les ans une séance solennelle publique.

L'ordre du jour de la séance se compose :

1° D'un rapport fait par le président sur la situation morale et financière de la Société ;

2° Du compte rendu par le secrétaire général ou l'un des secrétaires, délégué par le président, des travaux de la Société pendant le courant de l'année ;

3° De l'éloge des membres décédés ;

4° Du rapport sur les mémoires et les thèses envoyés pour les prix, s'il y a lieu.

ART. 21.

Le procès-verbal de la séance, le rapport du président et le compte rendu du secrétaire sont adressés à M. le ministre de l'instruction publique.

ART. 22.

La Société publie chaque année un volume de ses travaux.

TITRE VI.

Dispositions générales.

ART. 23.

La Société s'interdit toute discussion étrangère au but de son institution.

ART. 24.

Un règlement particulier, soumis à l'approbation du ministre de l'instruction publique, détermine les conditions d'administration intérieure, et, en général, toutes les dispositions de détail propres à assurer l'exécution des statuts.

ART. 25.

Nul changement ne peut être apporté aux statuts qu'avec l'approbation du gouvernement.

ART. 26.

En cas de dissolution, il sera statué par la Société convoquée extraordinairement sur l'emploi et la destination ultérieure des biens-fonds, livres, etc., appartenant à la Société. Dans cette circonstance, la Société devra toujours respecter les clauses stipulées par les donateurs, en prévision du cas de dissolution.

RÈGLEMENT

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

DE PARIS

TITRE PREMIER.

Attributions du bureau.

ARTICLE PREMIER.

Le président règle l'ordre d'inscription des personnes qui ont des communications à faire à la Société ; il appelle les sujets à traiter conformément à l'ordre du jour ; il dirige les discussions, met aux voix les propositions, recueille les suffrages et proclame les décisions de la Société. Il nomme, de concert avec les autres membres du bureau, les commissions chargées des rapports ou des travaux scientifiques ; il veille à la régularité des listes de présence et les arrête à heure fixe, ainsi qu'il sera dit à l'article 10 ; enfin, il assure le maintien de l'ordre.

ART. 2.

Le président, en cas d'absence, est remplacé par le vice-président.

ART. 3.

Le secrétaire général a pour fonctions de préparer l'ordre du jour de chaque séance, de faire le dépouillement préalable des pièces de la correspondance manuscrite ou imprimée, de les mettre en ordre et d'en présenter une analyse sommaire ; de rédiger et de signer les délibérations, les lettres écrites au nom de la Société, ainsi que tous les actes émanant d'elle ; d'enregistrer toutes les pièces, de composer des notices ou des éloges et de faire enfin le

compte rendu annuel des travaux de la Société. Ce dernier travail pourra être fait par l'un des secrétaires annuels, ainsi qu'il est dit en l'article 20 des statuts.

Le secrétaire général, en cas d'absence ou de maladie, peut être remplacé provisoirement par l'un des secrétaires annuels.

Les secrétaires annuels sont chargés de rédiger les procès-verbaux des séances, d'en faire la lecture et d'en surveiller l'impression, de concert avec le secrétaire général.

Art. 4.

Toutes les pièces adressées à la Société sont datées et paraphées par le secrétaire général, le jour même de leur réception. La présentation et la lecture de ces pièces sont constatées de la même manière.

Art. 5.

Le bibliothécaire est aussi le conservateur des archives ; les livres, gravures, instruments et tous les objets offerts à la Société ou acquis par elle, sont également mis sous sa garde. Il dresse tous les ans un catalogue et un inventaire des objets de tout genre qui lui ont été remis pendant l'année écoulée.

Art. 6.

Le trésorier a la charge de toutes les écritures relatives à la comptabilité de la Société ; il signe, de concert avec le président et le secrétaire général, les bordereaux de dépense ; il reçoit le prix des diplômes, les cotisations et le montant des amendes. Il est dépositaire des feuilles de présence et d'émargement ; il solde les bordereaux de dépenses, en tient note exacte, et rend un compte détaillé à la fin de l'année, à une commission spéciale, ainsi qu'il est dit à l'article 44.

TITRE II.

Des séances.

Art. 7.

Les séances de la Société ont lieu tous les mercredis, de trois heures et demie à six heures, au siège de la Société, rue de l'Abbaye, n° 3.

Art. 8.

Lorsqu'un membre correspondant ou un associé étranger assiste à la séance, le président en informe la Société, et mention en est faite au procès-verbal.

ART. 9.

Un registre spécial est ouvert sur le bureau, durant toute la séance, pour recevoir indistinctement les signatures de tous les membres présents. Les titulaires sont tenus, en outre, de signer en temps utile la feuille de présence et la feuille d'émargement.

ART. 10.

Tout membre titulaire qui n'aura pas signé la liste de présence avant quatre heures, et la liste d'émargement après quatre heures et demie, sera passible d'une amende de cinq francs. Il n'est admis d'excuse à cet égard que lorsqu'un membre a obtenu un congé pour des motifs reconnus légitimes.

ART. 11.

Les demandes de congés sont examinées par une commission de trois membres, nommée au scrutin et renouvelée tous les ans, qui, appréciant la validité des demandes, accorde ou refuse les congés. Ses décisions sont absolues.

ART. 12.

Les travaux des séances ont lieu dans l'ordre suivant :

1° Lecture et adoption du procès-verbal ;

2° Correspondance ;

3° Lecture des rapports ;

4° Lecture des travaux originaux ;

5° Présentations de malades, de pièces anatomiques et d'instruments.

Néanmoins, la Société peut, sur la proposition du bureau et selon le besoin, intervertir cet ordre de travaux.

ART. 13.

La Société entend la lecture des mémoires et des rapports, d'après leur ordre d'inscription et en donnant la préséance à ses membres. Cependant elle peut, par délibération expresse, accorder un tour de faveur à des personnes étrangères. Tout travail manuscrit adressé pour être lu en séance le sera à son tour d'inscription, après avoir été soumis à l'approbation du bureau. Cependant la Société peut, par délibération expresse, accorder un tour de faveur.

ART. 14.

Une lecture ne peut être interrompue, suspendue et renvoyée à une commission que d'après l'avis du bureau ; en cas de réclamation, la Société, consultée, prononce une décision.

ART. 15.

Tout travail manuscrit communiqué par des persounes étrangères à la Société est déposé sur le bureau, et ne peut, dans aucun cas, être repris par l'auteur. Après le rapport fait, le travail et le rapport sont classés aux archives, et alors seulement l'auteur peut faire prendre copie de son ouvrage. Une exception est faite à cet égard pour les planches et dessins, qui resteront la propriété de l'auteur.

ART. 16.

Tout travail inédit présenté par des personnes étrangères à la Société sera l'objet d'un rapport, soit verbal, soit écrit, selon son importance et ainsi que le bureau en décidera. Cependant, si trois membres réclament contre la décision du bureau, la Société pourra la modifier. Si l'auteur publie son mémoire avant la lecture du rapport, ce rapport ne pourra avoir lieu devant la Société.

ART. 17.

Les commissions chargées de rapports écrits sont composées ordinairement de trois membres, et exceptionnellement de cinq. Les rapports verbaux sont confiés à un seul rapporteur.

ART. 18.

Le commissaire nommé le premier reçoit les pièces à examiner et en accuse réception sur un registre spécial. C'est lui qui est chargé de convoquer la commission, et celle-ci choisit elle-même son rapporteur.

ART. 19.

Tout rapport verbal devra être fait dans le mois qui suivra la remise des pièces au rapporteur ; tout rapport écrit, dans le délai de deux mois. Toutefois, la Société pourra proroger ce délai si la nature du travail l'exige. Les commissaires en retard seront, au bout de trois mois, avertis publiquement en séance par le président, et celui-ci, après deux avertissements, aura le droit de nommer une autre commission.

ART. 20.

Si l'ordre des travaux de la Société ne permet pas d'entendre les rapports dans les délais précités, le rapporteur justifiera de l'accomplissement de ses devoirs, savoir : pour les rapports verbaux, par son inscription sur le registre du président ; pour les rapports écrits, par le dépôt du rapport sur le bureau.

ART. 21.

Tout rapport est discuté avant d'être mis aux voix. La parole est en conséquence accordée à tous les membres qui la réclament, chacun à son tour et suivant l'ordre d'inscription dressé par le président. Si toutefois une discussion s'animait assez pour que des orateurs déclarassent s'inscrire *pour* ou *contre*, la parole serait accordée alternativement à un orateur *pour* et à un orateur *contre*.

ART. 22.

Par exception à l'article précédent, la parole doit être accordée à tout orateur qui la demande durant le cours de la discussion, pour rétablir la question, pour réclamer la clôture ou l'ordre du jour, et enfin pour un fait personnel.

ART. 23.

Le même membre ne peut obtenir plus de trois fois la parole dans une discussion, à moins d'une décision de la Société.

ART. 24.

Le rapporteur a le droit de prendre la parole le dernier.

ART. 25.

Le président rappelle à l'ordre quiconque dépasserait les limites de la discussion scientifique, et il rappelle à la question tout orateur qui s'éloignerait de l'objet de la discussion.

ART. 26.

La discussion, une fois ouverte, ne peut être fermée que de deux manières : ou bien parce qu'aucun membre ne demande plus la parole, ou bien parce que la Société, consultée, prononce la clôture ou l'ordre du jour.

Art. 27.

En conséquence, le président ne peut, de sa propre autorité, interrompre ou terminer une discussion, proposer la clôture ou l'ordre du jour, et, pour consulter la Société à cet égard, il faut que la clôture ou l'ordre du jour proposé par un membre soit appuyé par deux autres membres au moins. Toutefois, dans le cas où l'ordre ne pourrait être rétabli, le président, après avoir consulté les autres membres du bureau, a le droit de lever la séance.

ART. 28.

Après la discussion d'un rapport, les conclusions seules sont mises aux voix; s'il y a des amendements appuyés, ils ont la priorité. Si cependant la proposition nouvelle entraînait le rejet des conclusions du rapport, celles-ci seraient mises aux voix les premières.

ART. 29.

Les personnes étrangères à la Société ne peuvent assister à la lecture et à la discussion des rapports faits sur leurs ouvrages. Le secrétaire général est chargé de leur adresser la copie certifiée des conclusions adoptées.

ART. 30.

Les communications faites par les membres de la Société ne sont pas soumises à un rapport, et la discussion peut s'ouvrir immédiatement après. Néanmoins, sur la demande de trois membres, la Société peut passer à l'ordre du jour et renvoyer la discussion à la séance suivante.

ART. 31.

Après la clôture des discussions ouvertes sur les travaux des membres de la Société, on passe à l'ordre du jour, si nulle proposition n'est faite. Tout membre titulaire ou honoraire a le droit de réclamer l'envoi du travail discuté au comité de publication; si cette proposition est appuyée au moins par deux autres membres, elle est immédiatement mise aux voix.

ART. 32.

La Société n'autorise aucuns frais de dessin ou de moulage d'une pièce pathologique, sans que la description écrite de celle-ci et l'observation qui s'y rattache aient été préalablement déposées sur le bureau.

TITRE III.

Comité secret.

ART. 33.

Les comités secrets ont lieu le jour des séances de la Société, à quatre heures et demie. Toute lecture, toute discussion doit immédiatement cesser à l'heure indiquée.

ART. 34.

Le comité secret est annoncé en séance par le président huit jours à l'avance. Les membres absents sont avertis par lettre dans le courant de la semaine. Exceptionnellement, et seulement pour cause majeure et urgente, le président, sur l'avis du bureau, peut décider que le comité secret aura lieu le jour même.

ART. 35.

Chaque membre titulaire ou honoraire a le droit de provoquer un comité secret. A cet effet, il dépose sur le bureau une demande écrite et motivée, signée de lui et de deux autres membres. Le président, après avoir pris connaissance de cette proposition et consulté le bureau, accorde ou refuse le comité secret. Toutefois, les demandes rejetées par le président peuvent toujours être soumises à la Société, qui prononce souverainement.

ART. 36.

Dans les comités secrets, convoqués suivant les formalités indiquées dans les deux articles précédents, les membres présents pourront voter, quel que soit leur nombre ; il suffira, pour la validité du vote, que la majorité des assistants y ait pris part, excepté dans les cas prévus par les articles 66, 73 et 74 du règlement.

TITRE IV.

Recettes et dépenses.

ART. 37.

Le droit d'admission dans la Société est fixé à 20 francs pour les membres titulaires, honoraires et correspondants nationaux. Le diplôme des associés et des correspondants étrangers est gratuit.

ART. 38.

Les membres titulaires et honoraires sont soumis à la même cotisation mensuelle, fixée comme il est dit en l'article 17 des statuts. Les membres honoraires nommés avant le 1er janvier 1862 sont exempts de cette cotisation.

ART. 39.

Les membres correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862 sont soumis à une cotisation annuelle de 25 francs, qui est perçue à leur domicile, aux frais de la Société, à la fin de chaque année. Néanmoins, tout membre correspondant national qui en

fera la demande pourra être exempté de sa cotisation annuelle, moyennant une somme de 500 francs, qui sera versée par lui, en deux annuités de 250 francs chacune ou en une seule fois, entre les mains du trésorier de la Société, pour être jointe aux fonds disponibles de la Société et être placée en rentes sur l'État.

Art. 40.

Le trésorier fait recouvrer les amendes sans retard, et porte en compte les frais de ces recouvrements.

Art. 41.

Tout membre qui, trois mois après la mise en demeure faite par le trésorier, n'aura pas versé le montant de sa cotisation et des amendes qu'il aura encourues, recevra successivement deux avertissements officiels, signés par le président et par les autres membres du bureau. Si ces avertissements sont sans effet, il sera déclaré démissionnaire et perdra ses droits à sa part de propriété des objets appartenant à la Société.

Art. 42.

Le trésorier conserve les listes de présence comme pièces de comptabilité; il tient, en outre, un registre exact de toutes les amendes encourues pour toutes les causes spécifiées dans le présent règlement.

Art. 43.

Les recettes provenant de la vente des publications de la Société seront encaissées par le trésorier aux échéances convenues avec les libraires chargés de la vente, et le placement en sera fait le plus tôt possible.

Art. 44.

Les frais de bureau et d'administration sont réglés par le bureau et acquittés par le trésorier, sur le visa du président.

Art. 45.

Les frais de publication sont réglés par le Comité de publication et acquittés par le trésorier, sur le visa du président.

Art. 46.

Le trésorier présente ses comptes dans l'avant-dernière séance de décembre. Une commission composée de cinq membres est nommée par le sort, séance tenante, et doit faire un rapport détaillé sur ces comptes dans la séance suivante. La Société vote ensuite sur ce rapport; après quoi, s'il y a lieu, le président donne au

trésorier décharge de sa gestion sur ses registres mêmes. Tout retard dans la présentation de comptes ou du rapport fera encourir au trésorier ou à chacun des commissaires une amende de cinq francs par chaque séance.

Art. 47.

Immédiatement après le renouvellement du bureau, une commission composée de trois membres est désignée par le sort pour examiner le catalogue des pièces anatomiques, dessins, instruments, etc., confiés au bibliothécaire archiviste. Cette commission fait son rapport dans la séance suivante. Le président donne au bibliothécaire décharge de sa gestion sur le catalogue même. Tout retard dans la présentation du catalogue ou du rapport fera encourir au bibliothécaire ou à chacun des commissaires une amende de cinq francs par chaque séance.

TITRE V.

Droits des membres honoraires et correspondants nationaux.

Art. 48.

Les membres honoraires et correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862 reçoivent gratuitement toutes les publications de la Société.

Art. 49.

Les membres honoraires nommés à partir du 1er janvier 1863 jouissent des mêmes droits que les titulaires, excepté du droit de faire partie du bureau. Ils sont exempts des amendes. Ils peuvent faire partie des commissions, mais ils n'y sont pas obligés.

Art. 50.

Les membres correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862, qui assistent à une séance ou à un comité secret, ont voix consultative dans les délibérations.

Art. 51.

Les membres honoraires et correspondants nationaux nommés avant le 1er janvier 1862 sont admis, sur leur demande, à jouir des droits énoncés dans les trois articles précédents, à la condition de se conformer aux prescriptions des articles 38 et 39.

TITRE VI.

Publications.

Art. 52.

Le Comité de publication se compose du secrétaire général et des deux secrétaires annuels, ainsi qu'il est dit à l'article 3.

Art. 53.

Les travaux imprimés de droit sont les mémoires et rapports dus aux membres titulaires, honoraires et correspondants de la Société. Par exception et sur délibération expresse ratifiée par un vote rendu en séance publique, l'Assemblée pourra faire retrancher d'un mémoire ou rapport dû à un membre titulaire, honoraire ou correspondant, certaines parties qui sembleraient n'avoir pas un caractère exclusivement scientifique.

L'Assemblée peut, sur la proposition du rapporteur, décider l'impression intégrale d'un mémoire adressé par une personne étrangère à la Société.

Art. 54.

Les manuscrits doivent être remis dans les huit jours au secrétaire annuel en fonctions. Celui-ci devra, à l'issue de chaque séance, remettre à l'éditeur de la Société les mémoires, rapports et procès-verbaux de discussion de la séance précédente, classés et prêts pour l'impression ainsi qu'il est dit aux articles 3 et 12.

Art. 55.

Ces *bulletins et mémoires* sont publiés par fascicules mensuels. Le dernier fascicule contient la table analytique des matières et auteurs, dressée par les soins du secrétaire annuel en fonctions.

Art. 56.

Les auteurs des travaux publiés pourront faire faire à leurs frais un tirage à part à cent exemplaires. Ce chiffre ne pourra être dépassé sans l'autorisation du bureau.

TITRE VII.

Élections.

Élections du bureau.

Art. 57.

Les élections du président, du vice-président, du secrétaire général, des secrétaires annuels, du bibliothécaire archiviste et des

membres du Comité de publication, ont lieu dans l'avant-dernière séance de décembre. Le nouveau bureau entre en fonctions dans la troisième séance de janvier.

Elections des titulaires.

ART. 58.

Les places de titulaires sont déclarées vacantes par une délibération spéciale. Il ne peut être déclaré plus d'une place vacante à la fois.

ART. 59.

Un mois après la déclaration de vacance, la Société nomme au scrutin de liste, et à la majorité absolue des membres présents, une commission de trois membres chargée de faire un rapport d'ensemble sur les titres des candidats et de dresser une liste de présentation. Ce rapport devra être fait trois semaines après que le secrétaire général aura remis à la commission les pièces justificatives.

ART. 60.

Le rapport est lu en comité secret et discuté séance tenante. En cas de désaccord entre la Commission et l'Assemblée sur le classement proposé, le rapport est renvoyé à la Commission pour supplément d'information. Si le désaccord persiste à la séance suivante, il est voté sur chaque candidat, si 10 membres en font la demande écrite, et l'Assemblée établit définitivement la liste de présentation. Le vote pour la nomination a lieu publiquement dans la séance suivante ; il n'a lieu que si les deux tiers des membres titulaires assistent à la séance.

Élections des correspondants.

ART. 61.

Le secrétaire général est chargé : 1° de dresser le tableau des membres correspondants nationaux et étrangers ; 2° de dresser les deux listes des candidats aux places de membres correspondants ; 3° de conserver toutes les indications et toutes les pièces relatives à chaque candidat.

ART. 62.

La Société est appelée à élire des membres correspondants, soit nationaux, soit étrangers, toutes les fois que le bureau, d'après l'examen du cadre des membres correspondants, et d'après l'examen

des listes de candidats, déclare la vacance d'un certain nombre de places.

Art. 63.

Le nombre des places déclarées vacantes pour chaque élection ne peut dépasser le tiers du nombre des candidats.

Art. 64.

Dans la séance qui suit la déclaration de vacance, la Société nomme au scrutin de liste, et à la majorité absolue, une commission de quatre membres chargée de présenter un rapport sur les candidatures et de dresser une liste de candidats par ordre de mérite. Le secrétaire général est adjoint de droit à cette commission. Le rapport devra être fait dans le délai d'un mois.

Art. 65.

Le rapport est lu en comité secret et discuté séance tenante. En cas de désaccord entre la Commission et l'Assemblée, il sera procédé comme il est dit à l'article 60. L'élection a lieu publiquement dans la séance suivante, à la majorité absolue et au scrutin de liste lorsque plusieurs places sont déclarées vacantes à la fois. Elle n'a lieu que lorsque la moitié plus un des membres titulaires assistent à la séance.

TITRE VIII.

Radiations.

Art. 66.

En cas d'indignité, résultant d'une faute grave de droit commun ou professionnelle, une commission spéciale, réunie par le bureau, pourra proposer la radiation d'un membre titulaire, associé ou correspondant.

Cette commission sera composée, outre les membres du bureau, de cinq membres titulaires et honoraires élus au scrutin de liste, en comité secret, par les membres titulaires et honoraires convoqués spécialement à cet effet.

Quinze jours après le dépôt du rapport de la commission, la Société, prévenue par convocation spéciale, vote au scrutin secret sur la proposition de la commission.

L'intéressé a le droit de présenter ses explications soit verbalement, soit par écrit, tant à la commission que devant la Société.

La présence de la moitié plus un des membres titulaires de la Société est nécessaire pour la validité de la délibération. La radia-

tion ne peut être prononcée que par une majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

En cas d'insuffisance du nombre des votants, le scrutin sera recommencé à la séance suivante, après une nouvelle convocation, sans que cette fois il soit nécessaire de réunir un nombre de votants déterminé.

Dans ce cas encore, la radiation ne sera prononcée que par une majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

TITRE IX.

Concours et prix.

ART. 67.

La Société décerne tous les ans les prix résultant des dons particuliers qui lui ont été faits. Elle se conforme aux intentions des donateurs.

ART. 68.

Les membres titulaires et honoraires sont exclus de ces concours.

ART. 69.

Lorsque l'anonymat est exigé, les mémoires doivent porter une épigraphe apparente ; le nom et l'adresse de l'auteur sont dans une enveloppe soigneusement cachetée, sur laquelle est répétée l'épigraphe.

ART. 70.

Les mémoires sont renvoyés, pour chaque prix proposé, à une Commission de trois membres, élus en séance publique et au scrutin de liste.

ART. 71.

Cette Commission fait son rapport en Comité secret et soumet son jugement à la ratification de la Société. En cas de désaccord entre la Commission et l'Assemblée, une nouvelle Commission sera nommée.

TITRE X.

Séances annuelles.

ART. 72.

La séance annuelle a lieu le troisième mercredi de janvier. Le Bureau de l'année révolue, est chargé de préparer l'ordre du jour de cette séance, suivant les prescriptions de l'article 20 des statuts.

TITRE XI.

Revision du règlement.

ART. 73.

Toute proposition tendant à modifier le règlement devra être signée au moins par trois membres titulaires ou honoraires, déposée sur le bureau et renvoyée à l'examen d'une commission de cinq membres titulaires nommée au scrutin de liste et à la majorité relative. Le rapport de cette commission sera lu et discuté en comité secret dans la séance suivante. Le vote aura lieu immédiatement après la clôture de la discussion, et la proposition ne sera adoptée que si, la moitié au moins des membres titulaires étant présents, elle réunit les deux tiers des voix des membres titulaires et honoraires présents. Ce vote ne sera valable que si tous les membres titulaires et honoraires ont été personnellement convoqués.

ART. 74.

Toute proposition tendant à modifier les statuts devra être signée de dix membres titulaires ou honoraires, déposée sur le bureau et soumise à l'examen d'une commission de cinq membres titulaires, nommés au scrutin de liste et à la majorité absolue. Le rapport de la commission sera lu et discuté en comité secret. Le vote aura lieu immédiatement après la clôture de la discussion. Tous les membres titulaires et honoraires devront être invités personnellement à assister à ce comité secret, et la présence des titulaires y sera obligatoire. Si la modification proposée réunit les deux tiers des voix des membres présents, le bureau sera chargé de soumettre le nouvel article à l'approbation du gouvernement, conformément à l'article 25 des statuts.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La Société de chirurgie dispose de cinq prix : le prix Duval, le prix Laborie, le prix Gerdy, le prix Demarquay et le prix Ricord ; *les deux premiers sont annuels, les trois derniers sont biennaux.*

Le prix Duval a été fondé par Jacques-René Duval, membre de la Société de chirurgie de Paris. Le 12 juillet 1854, la Société a pris la décision suivante : « La Société de chirurgie de Paris, après une donation de M. Duval, fonde, à titre d'encouragement, un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet, et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

« Tous les auteurs, anciens et modernes, qui ont traité le même sujet, devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

« Sont seuls admis à concourir, les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. » Les aides-médecins de la marine nommés au concours sont assimilés aux internes des hôpitaux (4 novembre 1885).

Les thèses soutenues depuis le 1er novembre de l'année 1896 jusqu'au 1er novembre de l'année 1896 seront seules admises à concourir. Les candidats devront adresser franco deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société avant le 1er novembre 1897. Par la bienveillance de M. le Dr Marjolin, membre fondateur de la Société, le montant du prix Duval est porté de 100 à 300 francs à partir de 1886; le prix ne pourra être partagé.

Le prix Édouard Laborie a été fondé par Mme veuve Laborie, le 6 mai 1868. Il est annuel et de la valeur de 1,200 francs.

La Société a pris, en 1868, les décisions suivantes :

« Le prix Édouard Laborie sera décerné chaque année dans la séance solennelle de la Société (deuxième mercredi de janvier) à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

« Les auteurs sont libres de choisir les sujets de leurs mémoires; toutefois, la Société indiquera tous les six ans un sujet de mémoire pris parmi les points de la chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

« Tous les docteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours.

« Les mémoires, écrits en français, en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le Secrétaire général de la Société de chirurgie de Paris, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre de chaque année.

« Les manuscrits doivent être adressés dans les formes académiques, c'est-à-dire non signés, mais portant une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat. »

Le prix Gerdy a été fondé par Vulfranc Gerdy, en souvenir de son frère P.-N. Gerdy, membre de la Société de chirurgie. Ce prix, fondé le 26 novembre 1873, est biennal et de la valeur de 2,000 francs.

Le sujet à traiter par les concurrents est indiqué par la Société et donné deux années à l'avance. Les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Le prix Demarquay a été fondé, en 1875, par Jean-Nicolas Demarquay, membre de la Société de chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 10,000 francs. Le prix est biennal et de la valeur de 700 francs.

Le sujet, indiqué par la Société, est donné deux années à l'avance; les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Le prix Ricord a été fondé, en 1889, par Philippe Ricord, membre de la Société de chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 5,000 francs. Le prix est biennal et de la valeur de 300 francs.

Il est décerné à l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre Société.

Les manuscrits pourront être signés. A cette différence près, les règles du concours sont celles du prix Laborie.

PERSONNEL

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

COMPOSITION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1897

Président	MM. Delens.
Vice-Président	Paul Berger.
Secrétaire général	P. Reclus.
Secrétaires annuels	Nélaton et Reynier
Trésorier	Walther.
Archiviste	Brun.

MEMBRES HONORAIRES

MM.

10 février 1897.... — Anger (Théophile), titulaire de......... 1876
26 juillet 1893.... — Chauvel, titulaire de.................. 1882
19 octobre 1887... — Cruveilhier, titulaire de.............. 1868
29 mars 1882..... — Dubreuil, titulaire de.... 1872
5 mai 1886...... — Duplay, titulaire de.......... 1868
28 mars 1886..... — Guéniot, titulaire de. 1868
22 novembre 1882. — Guyon (Félix), titulaire de............. 1863
3 mars 1886..... — L. Labbé, titulaire de............. ... 1865
23 janvier 1889... - Lannelongue, titulaire de.............. 1872
17 février 1892.... — Le Dentu, titulaire de.. 1873
31 octobre 1888.. — Magitot, titulaire de................. 1872
28 mars 1860... . — Maisonneuve. — M. fondateur.. 1843
11 mai 1887.... . — Ollier, de Lyon.
26 mai 1880...... — Panas, titulaire de....... 1865
9 juillet 1879.... — Paulet, titulaire de................... 1868
13 mars 1895..... — Perier, titulaire de................... 1875
3 mai 1893...... — Polaillon, titulaire de................ 1873
23 février 1887... — Poncet, de Cluny
27 octobre 1886... — Marc Sée, titulaire de................ 1868
21 mars 1888..... — De Saint-Germain, titulaire de........ 1867
19 décembre 1883. — Tarnier, titulaire de.................. 1865
28 novembre 1894. — Terrier, titulaire de.................. 1874
12 novembre 1890. — Tillaux, titulaire de.................. 1866

MEMBRES TITULAIRES

MM.

12 juin 1890...... — BAZY.
12 juin 1878...... — BERGER.
12 mars 1884 ..... — BOUILLY (Aug.).
18 décembre 1895. — BROCA.
29 mai 1889....... — BRUN.
13 décembre 1893. — CHAPUT.
3 janvier 1877 ... — DELENS.
9 mars 1892..... — DELORME.
26 avril 1891 ..... — FÉLIZET.
10 juin 1896...... — HENNEQUIN.
12 décembre 1888. — JALAGUIER.
30 décembre 1885. — KIRMISSON.
22 juillet 1896..... — LEJARS.
30 juin 1875 ...... — L.-CHAMPIONNIÈRE
3 mai 1882....... — MARCHAND (A.-H.)
4 décembre 1889. — MARCHANT (Gérard).
7 juillet 1880 .... — MONOD (Ch.).
10 mai 1893 ...... — MICHAUX.
29 juillet 1887.... — NÉLATON.
9 juin 1886...... — PEYROT.
14 décembre 1892. — PICQUÉ.
27 mars 1895 ..... — POIRIER.
27 avril 1881 ..... — POZZI (S.).
10 mai 1887...... — QUÉNU.
18 avril 1883...... — RECLUS.
4 janvier 1888... — REYNIER (P.).
18 juillet 1894 .... — RICARD.
6 décembre 1882. — RICHELOT.
11 juillet 1888.... — ROUTIER.
1er décembre 1886. — SCHWARTZ (Ch.).
9 février 1887.... — SEGOND.
22 juin 1892...... — TUFFIER.
22 avril 1896...... — WALTHER.

MEMBRES CORRESPONDANTS

NATIONAUX.

MM. Arlaud, directeur du service de santé de la marine à Toulon.
Assaky, à Tours.
Aubrée, professeur à l'École de Rennes.
Auffret, directeur du service de la santé de la marine à Rochefort.
Azam, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Baizeau, médecin inspecteur de l'armée.
Baudon, à Nice.
Badal, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Barette, à Caen.
Bérenger-Féraud, directeur du service de santé de la marine.
Binaud, à Bordeaux.
Bœckel (Eugène), à Strasbourg.
Bœckel (Jules), à Strasbourg.
Boiffin, professeur suppléant à l'École de Nantes.
Bois, chirurgien de l'hôpital à Aurillac.
Boissarie, à Sarlat.
Bouchacourt, professeur à la Faculté de Lyon.
Boursier, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Bousquet, professeur à l'École de Clermont.
Bruch, professeur à l'École d'Alger.
Cahier, professeur agrégé au Val-de-Grâce.
Cauchois, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, à Rouen.
Cerné, professeur de clinique à l'École de Rouen.
Chalot, professeur à la Faculté de Toulouse.
Chapplain, professeur à l'École de Marseille.
Charvot, médecin-major de l'armée.
Chavasse, médecin-major de l'armée.
Chedevergne, professeur à l'École de Poitiers.
Chénieux, professeur à l'École de Limoges.
Chipault, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu à Orléans.
Choux, médecin-major de l'armée.
Chupin, médecin-major de l'armée.
Claudot, médecin principal de l'armée.
Closmadeuc, chirurgien de l'hôpital de Vannes.
Combalat, professeur à l'École de Marseille.
Dardignac, médecin-major de l'armée.
Dauvé, médecin inspecteur de l'armée.

MM. Dayot, professeur suppléant à l'École de médecine de Rennes.
Defontaine, au Creusot.
Delacour, directeur de l'École de Rennes.
Delagenière, au Mans.
Delore, ex-chirurgien-major de la Charité à Lyon.
Demons, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Demmler, médecin principal de l'armée.
Denucé, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Devalz, à Bordeaux.
Dezanneau, professeur à l'École d'Angers.
Dieu, médecin principal de l'armée.
Dubar, professeur à la Faculté de Lille.
Dubourg, à Bordeaux.
Dubreuilh (Ch.), chirurgien de la Maternité de Bordeaux.
Dudon, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Duplouy, professeur à l'École navale de Rochefort.
Duret, professeur à la Faculté libre de Lille.
Ehrmann, à Mulhouse.
Étienne, à Toulouse.
Ferraton, médecin-major de l'armée.
Février, médecin-major, professeur agrégé à la Faculté de Nancy.
Folet, professeur à la Faculté de Lille.
Fontan, professeur à l'École de Toulon.
Fontorbe, médecin de la marine, professeur à l'École de Rochefort.
Forgue, professeur à la Faculté de Montpellier.
Gaujot, médecin-inspecteur de l'armée.
Gayet, professeur à la Faculté de Lyon.
Gellé, chirurgien de l'hôpital de Provins.
Gripat, professeur à l'École d'Angers.
Gross, professeur à la Faculté de Nancy.
Guelliot, chirurgien des hôpitaux de Reims.
Guermonprez, professeur à la Faculté libre de Lille.
Hache, professeur à la Faculté de Beyrouth.
Herrgott, professeur à la Faculté de Nancy.
Heurtaux, professeur à l'École de Nantes.
Heydenreich, professeur à la Faculté de Nancy.
Houzel, à Boulogne-sur-Mer.
Hue (Judes), à Rouen.
Hue (François), professeur suppléant à l'École de Rouen.
Jouon, professeur à l'École de Nantes.
Kœberlé, à Strasbourg.
Lagrange, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Lanelongue, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Largeau, à Niort.
Larger, à Maisons-Laffitte.
Le Clerc, à Saint-Lô.
Lemaître, à Limoges.
Linon, médecin-major de l'armée.
Malherbes fils, professeur à l'École de Nantes.

MM. Martel, chirurgien de l'hôpital de Saint-Malo.
Masse, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Ménard, chirurgien de l'hôpital de Berck.
Mignon, armée.
Monod (Eugène), chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Monprofit, professeur suppléant à l'École d'Angers.
Monteils, à Mende (Lozère).
Mordret, au Mans.
Moty, médecin-major de l'armée.
Mouchet, à Sens.
Nepveu, professeur à l'École de Marseille.
Nimier, médecin-major de l'armée.
Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.
Ovion, à Boulogne-sur-Mer.
Pamard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon.
Pauzat, médecin-major de l'armée.
Phocas, professeur agrégé à la Faculté de Lille.
Piéchaud, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Pilate, chirurgien de l'hôpital d'Orléans.
Poisson, professeur suppléant à l'École de Nantes.
Poncet (A.), professeur à la Faculté de Lyon.
Pousson, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Queirel, chirurgien des hôpitaux de Marseille.
Reboul, à Nîmes.
Robert, médecin principal de l'armée.
Rohmer, professeur à la Faculté de Nancy.
Roux (Gabriel), professeur suppléant à l'École de Marseille.
Sirus-Pirondi, chirurgien de l'hôpital de Marseille.
Schmit, médecin-major de l'armée.
Silbert, à Aix.
Stoltz, ancien doyen de la Faculté de médecine de Nancy.
Surmay, à Ham.
Tachard, médecin principal de l'armée.
Thomas (Louis), à Tours.
Turgis, à Falaise.
Vast, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-François.
Viard, à Montbard (Côte-d'Or).
Villar, à Bordeaux.
Villeneuve, chirurgien des hôpitaux à Marseille.
Vincent, professeur à l'École d'Alger.
Weiss, professeur à la Faculté de Nancy.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

MM.

12 janvier 1887..... — Albert (E.), Vienne.
11 août 1875....... — Bowmann, Londres.
4 janvier 1888 .... — Bryant (Th.), Londres.
11 janvier 1893 .... — Cheever, Boston.
7 janvier 1880 .... — Deroubaix, Liège.
4 janvier 1888 .... — Holmes (Th.), Londres.
7 janvier 1880 .... — Lister, Londres.
10 janvier 1877..... — Longmore, Netley-Southampton.
10 janvier 1894 .... — Mayor (Isaac), Genève.
6 janvier 1864..... — Paget (James), Londres.
20 janvier 1886 .... — Reverdin (J.), Genève.
13 janvier 1892 .... — Rossander (C.), Stockholm.
11 janvier 1893..... — Saxtorph, Copenhague.
21 janvier 1885..... — Sklifossowsky, Moscou.
13 janvier 1892 .... — Slawiansky (K. de), Saint-Pétersbourg.
11 janvier 1893 .... — Socin, Bâle.
16 janvier 1884..... — Soupart, Gand.
12 janvier 1887..... — Thompson, Londres.
20 janvier 1886 .... — Tilanus, Amsterdam.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

MM.

11 janvier 1882..... — ANNANDALE, Édimbourg.
13 janvier 1869..... — BARDELEBEN, Berlin.
22 janvier 1896..... — BAYER, Prague.
3 janvier 1892 .... — BLOCH (O.), Copenhague.
17 septembre 1851. — BORELLI, Turin.
13 janvier 1869.... — BRODHURST, Londres.
22 décembre 1852.. — BURGGRAVE, Gand.
4 janvier 1888..... — CECCHERELLI (A.), Parme.
4 janvier 1889..... — CHIENE, Édimbourg.
3 juin 1857 .... — CROCQ, Bruxelles.
10 janvier 1894..... — CZERNY (V.), Heidelberg.
10 janvier 1894..... — DEMOSTHEN (A.), Bucharest.
16 janvier 1895..... — DURANTE (Fr.), Rome.
8 janvier 1862..... — ESMARCH, Kiel.
9 janvier 1879..... — GALLI, Lucques.
13 janvier 1892 .... — GALVANI, Athènes.
20 janvier 1897 .... — GARDRES, Melbourne.
13 janvier 1869 .... — GAUTIER, Genève.
13 janvier 1864.... — GHERINI, Milan.
9 janvier 1879 .... — GRITTI, Milan.
3 janvier 1865..... — GURLT (E.), Berlin.
16 janvier 1895..... — HORSLEY, Londres.
2 janvier 1865 .... — HUMPHRY (G.-M.), Cambridge.
31 décembre 1862.. — HUTCHINSON (J.), Londres.
21 janvier 1891 .... — JAMIESON (Alex.), Shanghaï.
16 janvier 1884 .... — JULLIARD, Genève.
10 janvier 1894 .... — KEEN (W.-W.), Philadelphie.
13 janvier 1892 .... — KOCHER, Berne.
13 janvier 1892 .... — KOUZMINE, Moscou.
13 janvier 1869 .... — KRASSOWSKI, Saint-Pétersbourg.

MM.

21 janvier 1891 .... — KUMMER, Genève.
20 janvier 1897 .... — LARDY, Constantinople.
16 janvier 1884 .... — LUCAS (Clément), Londres.
16 janvier 1895..... — MAC BURNEY, New-York.
21 janvier 1891.... — MACEWEN (William), Glasgow.
11 janvier 1893 .... — MARTIN (Édouard), Genève.
12 janvier 1887 .... — MAYDL, Vienne.
22 janvier 1896 .... — MIKULICZ, Breslau.
21 janvier 1891..... — DE MOOŸ, La Haye.
3 janvier 1883..... — MOSETIG-MOORHOF, Vienne.
22 janvier 1896..... — MURPHY, Chicago.
20 janvier 1897..... — NORARO, Bologne.
8 janvier 1868 .... — PEMBERTON, Birmingham.
15 janvier 1890 .... — PEREIRA-GUIMARAÈS, Rio-Janeiro.
21 janvier 1885 .... — PLUM, Copenhague.
22 janvier 1896 . .. — RATIMOFF, Saint-Pétersbourg.
12 janvier 1887 .... — REVERDIN (A.), Genève.
6 juillet 1859...... — RIED, Iéna.
21 janvier 1891..... — ROMNICEANU, Bucarest.
7 janvier 1880.... — ROSE (Edm.), Berlin.
11 août 1875....... — ROUGE, Lausanne.
25 janvier 1890.... — ROUX, Lausanne.
7 janvier 1880.... — SABOIA, Rio-Janeiro.
31 décembre 1862 .. — SANGALLI, Pavie.
21 janvier 1885 .... — SALTZMANN, Helsingfors.
11 janvier 1893..... — SAXTORPH (Sylvester), Copenhague.
20 mars 1867....... — SIMON (John), Londres.
16 janvier 1895..... — SONNENBURG, Berlin.
21 janvier 1885..... — STIMSON (Lewis A.), New-York.
21 janvier 1885 .... — STUDSGAARD, Copenhague.
31 décembre 1862.. — SPERINO (Casimir), Turin.
31 décembre 1862 .. — TESTA, Naples.
20 janvier 1886 .... — THIRIAR, Bruxelles.
10 janvier 1894..... — THORNTON, Londres.
11 janvier 1893..... — VLACCOS, Mytilène.
11 janvier 1893..... — WIER, New-York.
11 janvier 1882..... — ZANCAROL, Alexandrie (Egypte).
13 janvier 1892 .... — ZIEMBICKI, Lemberg (Galicie).

PRÉSIDENTS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DEPUIS SA FONDATION

MM.

1844. — A. Bérard.
1845. — Michon.
1846. — Monod père.
1847. — Lenoir.
1848. — Robert.
1849. — Cullerier.
1850. — Deguise père.
1851. — Danyau.
1852. — Larrey.
1853. — Guersant.
1854. — Denonvilliers.
1855. — Huguier.
1856. — Gosselin.
1857. — Chassaignac.
1858. — Bouvier.
1859. — Deguise fils.
1860. — Marjolin.
1861. — Laborie.
1862. — Morel-Lavallée.
1863. — Depaul.
1864. — Richet.
1865. — Broca.
1866. — Giraldès.
1867. — Follin.
1868. — Legouest.
1869. — Verneuil.
1870. — A. Guérin.

MM.

1871. — Blot.
1872. — Dolbeau.
1873. — Trélat.
1874. — Maurice Perrin.
1875. — Le Fort.
1876. — Houel.
1877. — Panas.
1878. — Félix Guyon.
1879. — S. Tarnier.
1880. — Tillaux.
1881. — de Saint-Germain.
1882. — Léon Labbé.
1883. — Guéniot.
1884. — Marc Sée.
1885. — S. Duplay.
1886. — Horteloup.
1887. — Lannelongue.
1888. — Polaillon.
1889. — Le Dentu.
1890. — Nicaise.
1891. — Terrier.
1892. — Chauvel.
1893. — Ch. Perier.
1894. — L. Championnière.
1895. — Th. Anger.
1896. — Ch. Monod.
1897. — Delens.

BIENFAITEURS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

René Duval et René Marjolin, fondateurs d'un prix annuel de 300 fr.

Édouard Laborie, fondateur d'un prix annuel de 1,200 francs.

Vulfranc Gerdy, fondateur d'un prix biennal de 2,000 francs.

Pierre-Charles Huguier, donateur d'une rente annuelle de 1,000 francs, et Mme Huguier, sa veuve, donatrice d'une somme de 10,000 francs, destinées à favoriser les publications scientifiques de la Société.

Demarquay, fondateur d'un prix biennal de 700 francs.

Ricord, fondateur d'un prix biennal de 300 francs.

Paul Guersant, — Lenoir, — Payen, — Velpeau, — Gerdy, — baron Larrey, donateurs de livres pour la bibliothèque de la Société.

La Société de chirurgie reçoit régulièrement les publications périodiques suivantes :

Paris. — Abeille médicale. — Annales de gynécologie. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx. — Annales des maladies des organes génito-urinaires. — Archives générales de médecine et de chirurgie. — Archives de gynécologie et de tocologie. — Archives de médecine militaire. — Bulletin de l'Académie de médecine. — Bulletin médical. — Bulletin de la Société anatomique. — Bulletin de la Société de médecine de Paris. — Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux. — Comptes rendus et mémoires de la Société de biologie. — France médicale. — Gazette hebdomadaire. — Gazette des hôpitaux. — Gazette médicale de Paris. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — La médecine moderne. — La Presse médicale. — Progrès médical. — Recueil d'ophtalmologie. — Revue de chirurgie. — Revue de médecine. — Revue des maladies cancéreuses. — Revue des maladies de l'enfance. — Revue d'orthopédie. — Revue illustrée de polytechnique médicale. — Revue des sciences médicales. — Revue de la tuberculose. — Tribune médicale. — Union médicale.

Province. — Annales de la policlinique de Toulouse. — Annales de la Société de médecine de Saint-Etienne. — Bulletin de la Société de médecine d'Angers. — Bulletin médical du nord de la France. — Bulletin médical des Vosges. — Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de la Sarthe. — Bulletin de la Société médicale de l'Aube. — Le centre médical. — Comptes rendus de la Société de médecine de Toulouse. — Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Gannat. — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — Gazette médicale de Picardie. — Gazette médicale de Strasbourg. — Le Limousin médical. — Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne. — La Loire médicale. — Lyon médical. — Marseille médical. — Mémoires de la Société de médecine de Lyon. — Mémoires de la Société des sciences médicales de Lyon. — Mémoires de la Société de médecine de Nancy. — Montpellier médical. — Normandie médicale. — Poitou médical. — Revue médicale de l'Est. — Union médicale du Nord-Est. — Union médicale de la Seine-Inférieure.

Étranger. — Annales de la Société belge de chirurgie. — Annals of Surgery (Brooklyn). — Archiv für klinische Chirurgie. — Atti della assooiazione medica Lombarda. — Boletino da Sociedade de medicina de Rio de Janeiro. — British medical Journal (Londres). — Bulletin de la Société des médecins et des naturalistes de Jassy. — Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Bulletin of the John's Hopkins Hospital. — Cronica medico-quirurgica de la Habana. — Encyclopedia medico-farmaceutica (Barcelone). — Escuela de medicina (Mexico). — John's Hopkins Hospital Reports (Baltimore). — Journal and proceedings of the royal Society of New South Wales (Sydney). — Mitheilungen aus der medicinischen Facultät der Kaiserlich-Japonischen Universität (Tokio). — The Practitioner (Londres). — Proceedings of the royal Society (Londres). — Proceedings of the pathological Society (Londres). — Revue médicale de la Suisse romande. — Smithsonian institution (Washington). — Transactions of the royal medico-chirurgical Society (Londres).

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

NOUVELLE SÉRIE

SÉANCE ANNUELLE

(27 janvier 1897.)

Présidence de M. Ch. Monod.

ALLOCUTION DE M. CH. MONOD

Président sortant.

Messieurs et chers collègues,

Ce n'est pas sans regret, croyez-le, que je vois arriver le terme des hautes et honorables fonctions que je dois à votre bienveillante confiance. Appelé par vous à faire, depuis neuf ans, presque sans interruption, partie de votre bureau, successivement comme secrétaire annuel, comme secrétaire général, comme vice-président, et enfin comme président de votre Compagnie, j'avais pris la douce habitude d'être un peu plus activement mêlé que d'autres à la vie intérieure de notre chère Société.

Ce temps qui m'a paru court est fini. Je vais rentrer dans le rang. Encore un peu et la si distinguée phalange qui frappe impatiemment à notre porte saura bien me faire entendre que je suis mûr pour l'honorariat. J'emporterai du moins dans cette demi-retraite le précieux souvenir de votre parfaite et constante affabilité, qui a rendu ma tâche si facile. C'est de grand cœur que je vous en exprime ma sincère et vive reconnaissance.

Jamais mieux que cette année, je n'ai pu constater ce que l'on

pouvait attendre de notre bon accord et de votre indulgence pour ceux qui n'ont d'autre souci que le bien de notre Société.

Je sais en effet que vous n'avez pas tous vu du même œil les quelques modifications que j'ai cru devoir apporter dans l'ordre et la marche de vos travaux. Et cependant, tous, vous les avez acceptées sans résistance. Vous avez permis à votre président de tenter l'aventure, persuadé que ses intentions étaient bonnes et laissant à l'avenir de montrer si ces modestes réformes méritaient l'entreprise.

Le moment est venu, sinon de me justifier — le mot serait un peu gros pour la chose — du moins de vous montrer le but que j'ai cherché à atteindre.

J'avais été frappé, et beaucoup l'ont été avec moi, de certaines plaintes exprimées soit ici tout haut par mes prédécesseurs, soit tout bas parmi vous. On regrettait l'importance que prenaient dans nos réunions les *à propos du procès-verbal*, les discussions incidentes, absorbant parfois le meilleur des séances, et laissant à nos travaux ordinaires et réguliers une place trop exiguë. Combien de fois n'avez-vous pas appris que tel d'entre nous avait attendu des semaines et des mois avant de pouvoir apporter à la tribune le travail pour la lecture duquel il s'était fait inscrire ?

J'ai cherché à modifier sur ce point vos usages. Grâce à votre bonne volonté, j'y suis parvenu sans peine, et cela tout simplement en m'en tenant à la lettre de notre règlement.

L'article 12 dudit règlement est en effet ainsi conçu :

« Les travaux des séances ont lieu dans l'ordre suivant :

« 1° Lecture et adoption du procès-verbal;

« 2° Correspondance ;

« 3° Lecture des rapports;

« 4° Lecture des travaux originaux;

« 5° Présentation de malades, de pièces et d'instruments. »

J'ai essayé, et de fait je suis arrivé, presque sans exception, à suivre littéralement cet ordre de travail, en consacrant de plus la première partie de la séance, à la discussion du sujet mis à l'ordre du jour.

J'ai pu, de la sorte, éviter de laisser en souffrance les nombreuses communications dues à votre inépuisable activité. Lorsque, à la fin de juillet, nous sommes entrés en vacances, j'ai eu la satisfaction de pouvoir vous annoncer que notre ordre du jour était complètement épuisé.

Est-ce à dire, comme on me l'a doucement fait remarquer, que j'aie étouffé les discussions ? Je ne le crois pas, Messieurs. Le débat qui vient d'avoir lieu sur la pathogénie de l'appendicite montrerait au besoin par son ampleur — que d'aucuns ont trouvée exagérée — que je ne mérite pas ce reproche.

Mais il m'est arrivé, parfois, je l'avoue, de couper court aux remarques improvisées que pouvait susciter la lecture d'un rapport ou d'un travail original. Systématiquement, toutes les fois que le sujet paraissait prêter à une discussion importante, j'ai renvoyé celle-ci à une séance ultérieure. Je laissais ainsi aux orateurs la possibilité soit de s'y préparer à loisir, soit, au contraire, de renoncer à la parole, si, à la réflexion, ils jugeaient que le mot venu sur leurs lèvres ne valait pas la peine d'être dit.

Peut-être, par là, quelques-unes de nos réunions ont-elles paru moins vivantes que du temps où chacun — avec cette sorte d'éloquence naturelle qui semble l'apanage de bon nombre de nos maîtres en chirurgie — se livraient à des improvisations brillantes qui nous laissaient sous le charme.

Mais si le bel art de la parole y a perdu quelque chose, ne pensez-vous pas, Messieurs, que la science y ait gagné ? Ne pensez-vous pas que, en parcourant le volume de nos bulletins de cette année, on y trouvera, plus souvent que par le passé, des discussions nourries, mieux documentées, plus dignes en un mot de figurer dans un recueil scientifique ?

Cette modification devrait en entraîner une autre, dont notre excellent secrétaire annuel doit, je crois, vous montrer la possibilité, — je veux parler de l'impression immédiate de nos procès-verbaux. Chacun pourrait ainsi prendre connaissance, dans le texte même de l'auteur, du travail qui doit venir en discussion. Et du même coup serait supprimé le retard légendaire — dont nos abonnés se plaignent — apporté à la publication de nos Bulletins.

Mais ce n'est là qu'une espérance. Dès cette année, la distribution plus régulière de nos travaux a eu pour effet de supprimer presque complètement les « à propos du procès-verbal ». D'où venait en effet leur fâcheuse fréquence, sinon de ce que quelques-uns, surpris par une discussion imprévue, ne voulaient y prendre part qu'à la séance suivante, après avoir consulté leurs notes ou rafraîchi leurs souvenirs ?

Du même fait est résulté une autre conséquence. Conformément au vœu exprimé en 1891 par un de vos plus éminents présidents, vœu considéré comme irréalisable — que je m'étais permis cependant de renouveler en montant à ce fauteuil — il a été possible de fixer d'avance les ordres du jour de nos réunions et de s'y tenir.

J'ai cherché à vous les faire connaître en temps utile. J'ai, pour cela, fait appel à la complaisance bien connue de nos confrères de la presse, complaisance à laquelle j'ai déjà eu occasion de rendre hommage. Je suis heureux de pouvoir les remercier une fois encore de leur bon concours.

Il me semble, dans le même ordre d'idées, qu'il serait bon de faire parvenir directement ces ordres du jour, sinon à tous les membres de la Société, du moins à ceux qui sont désignés comme devant prendre la parole.

J'ai fait récemment une tentative en ce sens. Je laisse à votre nouveau bureau le soin de voir s'il y a lieu de la poursuivre.

Je vous demande pardon, Messieurs, d'insister sur d'aussi petits détails. Mais ne font-ils pas partie du compte que votre président doit, en ce jour, vous rendre de l'histoire intérieure de notre Société ?

Ce que je veux retenir, du moins, c'est qu'à la faveur, ou en dépit de ces mesures, votre ardeur scientifique ne s'est pas cette année ralentie. Je laisse à M. Quénu, qui s'est acquitté avec tant de zèle et de talent de sa lourde tâche de secrétaire annuel, le soin de vous dire quelle somme considérable de travail vous êtes arrivés à fournir.

Mais ne pourrait-elle pas être plus considérable encore? Il suffirait pour cela de prolonger quelque peu la durée de nos réunions.

Voulez-vous me permettre, sur ce point, de vous renvoyer encore à notre règlement trop peu connu ? Je vais probablement vous surprendre en vous apprenant que, réglementairement, nos séances commencées à 3 heures 1/2 devraient durer jusqu'à 6 heures. Or vous savez ce qui se passe : 4 heures, bien souvent, ont sonné avant que la séance ne batte son plein ; et lorsque le président essaie de la pousser au delà de 5 heures, des marques non équivoques d'impatience lui montrent qu'il est bien près de commettre un excès de pouvoir.

Ne pourrions-nous pas faire l'effort de ne pas nous séparer avant 5 heures 1/2 ? Nous serions encore, ainsi, de trente minutes moins zélés que nos pères ! Mais peut-on demander davantage en ce temps de vapeur, d'électricité... et de bicyclettes, où les heures et les jours passent et s'envolent en un vertigineux tourbillon ?

Il me reste, Messieurs, à vous dire les changements survenus pendant l'année dans le personnel de notre Société.

Nous avons perdu trois membres titulaires : un par la mort, deux par démission.

Le premier est notre excellent et cher collègue Nicaise. J'ai eu le chagrin, étant absent de Paris au moment où il nous a été enlevé, de ne pouvoir dire, sur sa tombe, en votre nom, une parole d'adieu. M. Delens, que ses fonctions de vice-président désignaient pour ce triste office, a su, mieux que je n'aurais pu le faire, être l'interprète de nos regrets. Il a su rendre hommage à ce vaillant qui, se

sentant depuis longtemps frappé à mort, n'a pas un instant déserté le poste qu'il s'était assigné. Retenu loin de la pratique active par une maladie cruelle, il a, jusqu'à la fin, employé ses loisirs forcés aux beaux travaux d'histoire de la chirurgie qui font tant d'honneur à sa mémoire. Il nous laisse un bel exemple d'une souffrance courageusement supportée et d'une vie tout entière — et malgré tout — consacrée au travail.

Nos deux collègues démissionnaires sont Desprès et mon ancien camarade et ami Humbert. M. Humbert, en nous quittant, n'a fait que régulariser une situation qui le retenait depuis longtemps loin de nous. Il emporte avec lui, dans sa retraite volontaire, toute notre affectueuse estime et nos meilleurs souvenirs.

Desprès nous envoyait en juillet dernier sa démission non motivée. Il se sentait sans doute déjà sérieusement malade. Bien peu de temps après, nous apprenions en effet sa mort. Je n'ai pas besoin d'évoquer devant vous cette figure si originale, encore bien présente à vos mémoires, ni de vous rappeler la part active qu'il prenait à nos débats. Orateur incisif et souvent spirituel, esprit brillant mais paradoxal, ennemi de toutes les nouveautés, il se plaisait à nous ramener à ce qu'il considérait comme la seule chirurgie sage, à celle de nos anciens maîtres — oubliant trop que le temps marche, que la science progresse et qu'à trop regarder en arrière on risque de perdre le vrai chemin.

Parmi nos correspondants nationaux, la mort aveugle a frappé indifféremment jeunes et vieux. — Parmi les premiers : Lecerf (de Valenciennes) et Boiffin (de Nantes). Ils tenaient, celui-ci surtout, une grande place dans ce remarquable groupe de nos collègues de province, qui portent si haut, hors de Paris, le drapeau chirurgical; excellent effort de bonne décentralisation, auquel nous sommes heureux d'applaudir. — Parmi les seconds : Roux (de Brignoles), dont le père faisait déjà partie de notre compagnie, et dont vous venez d'appeler le fils à lui succéder; Stoltz, ce maître vénéré que la Société de chirurgie se glorifiait de compter parmi les siens; Rochard, enfin, dont on oubliait volontiers l'âge, tant, dans sa verte vieillesse, le cœur était resté chaud, la parole élégante et alerte, l'activité intellectuelle intacte et toujours en éveil.

De nos correspondants étrangers, un seul a disparu, le vénérable Bardeleben (de Berlin), qui aimait à rappeler ce qu'il devait à ses maîtres de Paris, à l'école desquels, dans sa jeunesse, il était venu compléter ses études.

Nous avons, pour combler ces vides, élu trois membres titulaires : MM. Walther et Lejars, nos collègues des hôpitaux, dont je n'ai pas besoin de vous rappeler les mérites, et M. Hennequin, en la personne duquel vous avez rendu hommage à ce que peut, pour

les progrès de notre art, en dehors de toute attache officielle, un bon esprit chirurgical.

Nous n'avons plus qu'une place vacante, et les candidats sont nombreux. Me permettrez-vous de dire qu'il y aurait peut-être lieu d'examiner si nous ne devrions pas ouvrir plus grandes, en augmentant le chiffre des membres titulaires, les portes de notre Société?

Tout récemment, vous vous êtes adjoint trois membres *correspondants étrangers :* MM. Gardner (de Melbourne), Lardy (de Constantinople) et Novaro (de Bologne) qui méritaient, à des titres divers, d'être distingués par vous; et six membres *correspondants nationaux :* MM. Barette (de Caen), Binaud (de Bordeaux), Lemaistre (de Limoges), Gabriel Roux (de Marseille), tous anciens internes des hôpitaux de Paris, actuellement professeurs dans les Facultés et Écoles des villes où ils résident, et MM. Chupin et Ferraton, nos si distingués confrères de l'armée.

Nos finances sont toujours prospères, grâce à l'intelligente sollicitude de notre excellent trésorier, M. Schwartz. Je n'ai pas à vous rappeler les raisons bien naturelles qui l'ont engagé, au bout de dix ans d'active collaboration, à nous demander de le relever de ses fonctions. Mais je tiens à lui renouveler en votre nom nos remerciements pour le précieux concours qu'il nous a prêté. Nous ne nous consolerions pas de sa retraite, s'il ne nous avait désigné, en notre nouveau et si estimé collègue, M. Walther, un successeur digne de lui.

Je termine, Messieurs, cette allocution — qui dépasse vraiment les limites permises — par une bonne nouvelle.

Lors de la célébration de notre cinquantenaire, il y a trois ans, quelques-uns d'entre vous ont exprimé le désir qu'une table des cinquante premières années de nos travaux fut dressée — travail considérable pour lequel il fallait un homme de bonne volonté. M. le Dr Petit, notre bibliothécaire adjoint, avait autrefois essayé de l'entreprendre, mais il avait dû y renoncer. Un de mes meilleurs élèves, mon neveu, M. le Dr André Morin, ancien interne provisoire des hôpitaux, a bien voulu reprendre ce travail sur de nouvelles bases. Tout en acceptant mes conseils, il a préféré ne s'adjoindre aucun collaborateur actif, afin que l'œuvre eût plus d'unité. Elle en a été un peu plus longue à accomplir. J'ai le plaisir de vous dire qu'elle est presque achevée et que l'année ne se terminera pas sans que vous ayez entre les mains ce volume supplémentaire, dont vous apprécierez tous, je crois, l'utilité.

Je pensais, mes chers collègues, faire de cette table générale

mon don de joyeux avènement en entrant cette année en fonctions.

Ce sera, si vous le voulez bien, le testament de votre président sortant. Il est heureux de vous donner ce dernier témoignage de l'intérêt qu'il porte et portera toujours à votre prospérité scientifique.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ

PENDANT L'ANNÉE 1896

Par M. QUÉNU, secrétaire annuel.

MESSIEURS,

Il est d'usage que votre secrétaire annuel dresse une sorte de catalogue des principaux travaux qui ont pendant l'année occupé vos séances. J'adopterai pour base de cette rapide analyse, une division anatomique par appareil.

L'appareil génital et spécialement celui de la femme est depuis quelques années le plus favorisé, si bien qu'on a pu se demander, non sans raison, si notre Société n'allait pas mériter le titre de Société de gynécologie. Il n'en a pas été ainsi cette année, et si la gynécologie a fait une belle entrée en 1896 par une brillante discussion sur le traitement des grossesses extra-utérines, on doit avouer qu'elle s'est reposée depuis. Cette discussion fut provoquée par un rapport de M. Picqué, sur un travail de M. Potherat, intitulé : *Trois cas de grossesse extra-utérine*. Elle a donné lieu aux communications de MM. Routier, Reynier, Schwartz, Segond, L. Chaput, Championnière, Bouilly, Tuffier, Ricard et Terrier. Ce qui ressort de tous les documents apportés et analysés devant nous, c'est que c'est moins la précision du diagnostic qui importe que la détermination nette des indications opératoires, or celles-ci, suivant les justes remarques de MM. Bouilly et Segond, dépendent avant tout de l'âge de la grossesse. En *théorie*, toute grossesse extra-utérine de moins de cinq mois, diagnostiquée, commande l'intervention chirurgicale, c'est là une formule de M. Pinard que ne sauraient répudier les chirurgiens. Après cinq mois, l'abstention n'est guère de mise que dans les rares cas où la grossesse évolue sans accident jusqu'à l'âge de l'extraction possible d'un fœtus vivant.

En *pratique*, nous nous décidons à intervenir ou pour des accidents inflammatoires qui simulent la salpingite, ou pour des acci-

dents de rupture d'ordre hémorrhagique. L'hémorrhagie est-elle grave, rapidement menaçante, s'agit-il, suivant une expression imagée, d'une inondation péritonéale, l'indication qui prime tout, c'est l'hémostase directe sur la source qui saigne, c'est la laparotomie. L'hémorrhagie est-elle moins brusque, avec tendance à l'enkystement, ici commencent les divergences. Les uns, à l'exemple de MM. Terrier, Chaput, Reynier, adoptent uniformément la laparotomie comme leur permettant d'aborder la lésion initiale en même temps que la complication. Les autres plus nombreux, et avec raison, je crois, estiment que la simple colpotomie, qui pare au plus pressé, et qui souvent suffit à guérir, est l'opération de choix.

L'hystérectomie vaginale est réservée, même par M. Segond, à des cas exceptionnels. Différentes pièces de grossesses extra-utérines nous ont été présentées par MM. Bazy, Picqué et Reynier.

M. Monod nous a montré des fibromes utérins enlevés avec un utérus gravide, j'ai présenté enfin une malade guérie d'une éventration par un procédé inédit.

Les présentations concernant les maladies de l'appareil génital de l'homme se réduisent à une intéressante observation d'hydrocèle volumineuse avec ectasies lymphatiques du scrotum par M. Robert et à une courte notice de votre rapporteur sur le traitement opératoire des tuberculoses épididymaires.

Quelques affections des voies urinaires ont donné matière à discussion : après les rapports de MM. Chauvel, Segond et Picqué, tous relatifs à la taille hypogastrique, je dois mentionner les communications de MM. Routier et Bazy, sur le traitement des pyolénéphrites suppurées et le rapport de M. Bazy, sur la cystostomie sus-pubienne. M. Bazy résume, en les limitant, les indications du méat hypogastrique chez les prostatiques.

Enfin, M. Tuffier nous a présenté des calculs du rein, enlevés par néphrolithotomie.

L'appareil digestif, avec ses annexes, est celui qui a fourni le plus vaste champ à votre activité. La chirurgie de l'estomac et de l'intestin, celle du foie ont rempli de nombreuses séances.

La chirurgie du cancer de l'estomac est surtout palliative, elle se résume en l'abouchement de l'estomac et de l'intestin. Des pièces de gastro-entérostomies ont été montrées et particulièrement par Chaput ; puis sont venues les très intéressantes présentations de M. Souligoux, sous le patronage de son rapporteur, M. Picqué, et de nos collègues Reclus, Chaput, etc. L'idée originale de M. Souligoux est d'anastomoser les viscères sans les ouvrir préalablement; leur communication secondaire résulte de la mortification d'une portion de leur paroi provoquée par broiement et cautérisation.

Je dois encore signaler un rapport de M. Michaux sur une observation présentée par M. Hartmann sur une perforation d'ulcère de l'estomac.

La pathologie de l'appendicite est celle qui vous a le plus passionnés : je ne fais que mentionner les présentations de pièces de MM. Routier, Marchand, Brun, Reynier, Monod, le rapport de M. Michaux, suivi de la communication de M. Tuffier sur les hernies appendiculaires, etc., pour arriver à votre récente et longue discussion sur la pathogénie de l'appendicite et de ses rechutes. MM. Jalaguier, Brun, Broca, Walther, L. Championnière, Tuffier, Quénu, Reynier, Reclus, Poirier, Bazy, Pozzi ont successivement exposé leurs idées à propos du rapport de M. Routier, dont les conclusions étaient favorables à la théorie dite du vase clos.

La plupart des orateurs ont été hostiles à cette théorie : ils s'appuient sur un fait d'observation, c'est qu'ils ont enlevé des appendices qui n'étaient ni oblitérés, ni rétrécis et qui pourtant avaient occasionné des crises d'appendicite ; plus éclectique, M. Pozzi admet qu'il existe d'autres conditions que celles de la cavité close pour expliquer l'exaltation des microbes, mais il souscrit à l'importance capitale de l'oblitération appendiculaire.

M. Reclus a défendu la théorie de la stagnation qui s'adapte mieux, dit-il, à la totalité des cas que la pathogénie de MM. Dieulafoy et Talamon.

La chirurgie intestinale a été remise sur le tapis par la communication de M. Monod sur l'intervention chirurgicale dans les péritonites par perforation au cours de la fièvre typhoïde. M. Monod a réuni et soumis à la critique tous les cas d'intervention publiés, deux se sont terminés par la guérison, ils suffisent pour justifier un acte opératoire opposé à une situation désespérée. MM. Routier, Lejars et Terrier ont ajouté des faits personnels à ceux de M. Monod.

Je ne saurais terminer cette rapide revue du tube digestif sans citer un rapport de M. Jalaguier sur trois observations de suture intestinale pour lésions consécutives à la gangrène herniaire, une note de M. Dubourg sur l'emploi du tube de caoutchouc dans les anastomoses intestinales, un cas de laparotomie pour invagination intestinale, de M. Broca, et enfin un rapport de M. Broca sur une œsophagotomie externe, pour corps étranger, chez un enfant de 6 mois et demi.

A la chirurgie intestinale se rattachent encore les maladies du rectum, dont deux ont été principalement étudiées ici : les rétrécissements dits syphilitiques et le cancer. MM. Reclus et Berger sont venus avec des observations en mains plaider la cause de la dilatation des rétrécissements non cancéreux ; quant au cancer

il a donné lieu à une série de recherches ; le mémoire de M. Gudier, de Lille, dont j'ai été le rapporteur, contient la première observation d'extirpation abdomino-périnéale du rectum ; peu après, M. Chalot nous a rapporté une observation analogue, les deux cas s'étaient terminés par la mort. Le succès opératoire de M. Bœckel et le mien prouvent que cette nouvelle voie peut trouver ses légitimes indications. Je signale encore une revue personnelle des indications opératoires du cancer rectal à propos d'une communication de M. Chaput, et toute une discussion sur le prolapsus du rectum, engendrée par une observation de M. Nélaton et à laquelle ont pris part MM. Bazy, G. Marchand, Félizet et Schwartz.

Les vices de conformation de l'appareil digestif ont fait naître le travail de M. Chalot sur la colostomie dans l'absence congénitale du rectum, une note de M. Kirmisson sur une ectasie de l'anus guérie par transplantation au périnée, une série de présentations par MM. Berger, Kirmisson et Jalaguier d'enfants opérés pour becs-de-lièvre.

La plupart des affections du foie entrées dans le domaine chirurgical nous ont payé, cette année, un large tribut.

Nous avons eu des communications sur les traumatismes, sur les abcès et les kystes hydatiques, sur la lithiase, sur l'infection des voies biliaires et enfin sur les néoplasmes du foie. M. Walther nous a lu un intéressant rapport sur une lésion traumatique du foie traitée avec succès par laparotomie par M. Faure. Les abcès du foie ont été étudiés par M. Ricard, rapporteur d'un mémoire de M. Walther, les kystes hydatiques par M. Picqué, rapporteur d'un mémoire de M. Rollet sur le frémissement hydatique.

A la lithiase biliaire de la vésicule se rapportent les importantes communications de MM. Tuffier, Michaux, Schwartz, Broca, Routier et Reclus qui apprécient les mérites respectifs de la cholécystotomie et de la cholécystectomie.

A la cholélithiase du cholédoque appartiennent les communications de M. Michaux, rapporteur d'un travail de M. Lejars, celles de MM. G. Marchant, Ricard, Quénu, Monod, Michaux et Terrier. Seules, des questions de détail, comme celle du choix de l'incision, séparent les orateurs qui, tous, admettent la légitimité de la cholédocotomie. Je mets à part le cas, resté douteux, de M. Delbet, rapporté par M. Chauvel et où fut pratiquée une cholécystentérostomie.

Avec une seconde présentation de M. Delbet dont M. Broca a été le rapporteur, nous entrons dans le domaine des infections biliaires avec ou sans calculs.

Les faits de M. Terrier, de M. Delbet, un cas personnel, démontrent à l'évidence que, contre ces infections biliaires, même

en l'absence de lithiase, l'action chirurgicale est justifiée et qu'elle peut obtenir de véritables résurrections. Le choix entre l'anastomose cholécysto-duodénole ou la simple fistule cutanée dépend de conditions complexes sur lesquelles je ne puis m'étendre; l'anastomose avec l'intestin étant reconnue impossible, on peut être conduit à aboucher la vésicule dans l'estomac, comme l'ont fait MM. Monod, Terrier et moi-même.

Enfin, Messieurs, les néoplasmes du foie ont, pour la première fois peut-être, fait leur entrée à la Société de chirurgie avec l'intéressante communication de M. Segond, qui nous a valu ensuite des réflexions de MM. Terrier, Ricard et Tuffier.

Sur l'appareil respiratoire, je mentionnerai une étude expérimentale faite en collaboration avec M. Longuet sur la pathogénie des adhérences pleurales, suivie d'une analyse critique sur le pneumothorax, un rapport de M. Richelot sur une présentation de M. Gouguenheim, où notre collègue remet à l'ordre du jour, non sans succès, la question de la laryngotomie intercricothyroïdienne substituée à la trachéotomie.

A mentionner quelques présentations sur les tumeurs de l'arrière cavité des fosses nasales de MM. Potherat, Nélaton, et une tumeur de la corde vocale inférieure, par votre rapporteur.

Rien à relever dans l'appareil vasculaire qu'une présentation de pièce d'anévrysme poplité extirpée par M. Tuffier et une présentation par M. Schwartz d'un malade opéré par la ligature pour la même affection.

Dans les travaux concernant le système nerveux central, deux séries de présentations sont à citer : l'une, sur la résection du ganglion de Gasser, par MM. Poirier, Gérard Marchant; l'autre sur les complications intracraniennes des otites où je relève l'important travail de M. Broca, avec réflexions de M. Brun et un rapport de M. Chauvel sur un mémoire de M. Boppe.

La pathologie du système nerveux périphérique compte à son actif un rapport très complet de M. Schwartz sur la luxation du nerf cubital, avec réflexions de MM. Poirier, Th. Anger, Jalaguier, etc.; une série de discussions sur le traitement des accidents névritiques, par M. Delorme; une communication de M. Delagénière sur le hersage du nerf sciatique; un fait de même ordre de M. G. Marchant.

La pathologie de l'appareil locomoteur, la chirurgie des membres n'a certes pas été négligée. Je pense être juste en plaçant au premier rang les deux communications sur le traitement de la luxation congénitale de la hanche de MM. Broca et Kirmisson, puis un rapport de M. Kirmisson sur l'hallux valgus, avec réflexions de MM. Poirier, Routier, Reynier, Marchand, Felizet, Schwartz,

Monod ; un autre rapport de M. Kirmisson sur le traitement opératoire du pied-bot, varus equin congénital, avec réflexions de MM. Championnière et Felizet ; viennent ensuite un procédé d'amputation discordante de la cuisse de M. Chaput, une nouvelle technique opératoire de la désarticulation de la hanche, de votre rapporteur, à propos d'un travail de M. Hartman ; un rapport de M. Kirmisson sur le traitement des fractures de jambe par extension continue, suivi d'une discussion à laquelle ont pris part MM. Nélaton, Berger, Delorme, et M. Hennequin qui nous a donné une description de son appareil.

Je relève encore les présentations de M. Berger sur les fractures suscondyliennes du fémur ; de MM. Reynier, Delorme, Brun, sur les fractures de la rotule ; de MM. Ferraton et Tachard, sur les pseudarthroses du tibia ; de M. Berger, sur les fractures du bras ; de MM. Delorme, Picqué, sur les raideurs articulaires ; de M. Delorme, sur les luxations anciennes coxofémorales ; de MM. Berger et Schwartz, sur les luxations anciennes de l'épaule ; un rapport de M. L. Championnière, sur l'extirpation des kystes à grains riziformes ; un rapport de M. Picqué sur le traitement de l'ankylose angulaire du genou.

La pathologie des organes des sens est toujours malheureusement un peu tenue à l'écart.

Une fistule mastoïdienne de Broca ; un rapport de M. Picqué sur les chéloïdes de l'oreille ; un rapport de M. Peyrot sur un travail de M. Moure relatif à l'ouverture de l'antre mastoïdien ; une observation curieuse de cysticerque de l'œil, par M. Robert ; un travail lu par M. Galezowski sur les pansements oculaires ; une présentation d'instruments par M. Th. Anger, et c'est tout.

Dans ce classement par appareils n'ont pu trouver place les infections générales et quelques affections régionales. Je ne saurais passer sous silence les communications de MM. Bazy, Broca, L. Championnière, sur la sérothérapie dans le tétanos, la très importante discussion sur le traitement de la septicémie péritonéale post-opératoire par les injections intra-veineuses de sérum artificiel provoquée par un rapport de M. Pozzi et qui amena les communications de MM. Michaux et Monod.

A la pathologie générale ou à la thérapeutique appartiennent également le traitement des tuberculoses osseuses par le salol iodoformé de M. Reynier ; la question des greffes de Thiersch suscita les présentations multiples de M. Reclus qui associa la greffe de Thiersch à la greffe italienne et les remarques de MM. Monod, Schwartz, Kirmisson et Michaux.

Il ne me reste plus pour clore cette longue énumération qu'à citer l'intéressant travail de M. Berger sur l'ostéome du maxillaire

inférieur ; une observation de M. Lejars sur le même sujet; une communication de M. Reclus sur une forme de phlegmon du cou, qu'il caractérise du titre de phlegmon ligneux ; un rapport de M. Walther sur les kystes séreux congénitaux du cou; et, enfin. toute une série de photographies de Roentgen, la plupart relatives à des corps étrangers de la main.

Messieurs, cette rapide analyse n'a eu qu'une prétention, celle non d'apprécier, mais de classer vos travaux, elle donne une idée de l'immense labeur qui s'est accompli dans cette enceinte pendant une année; elle suffirait à démontrer l'intense vitalité de notre Société. Votre secrétaire serait un ingrat, mes chers collègues, s'il ne vous remerciait de lui avoir facilité sa tâche par votre bonne grâce à lui remettre vos manuscrits, voire même à rédiger vos remarques au cours des discussions. Permettez-moi, en terminant, d'oser dire que tout n'est pas pour le mieux dans notre organisation de publication.

Il me paraît très désirable que les discussions puissent avoir lieu sur le texte officiel des communications; une simple réforme le permettrait, c'est par son exposé que je veux finir ce trop long rapport. Il suffirait, en effet, que notre règlement portât que toute communication ou rapport doit être imprimé (chez notre éditeur, bien entendu) et les placards corrigés avant d'être lus à la tribune. La discussion pourrait être lue sur placard à la séance suivante, modifiée séance tenante suivant les réclamations faites au procès-verbal, et paraître le lundi suivant, soit dix ou douze jours après la lecture.

Si ce sont là de pures illusions, vous les pardonnerez à votre secrétaire en raison de l'idée qu'il s'est faite du rôle de plus en plus important que doit jouer notre Société dans l'avancement de la chirurgie.

ÉLOGE D'ARISTIDE VERNEUIL

PAR LE Dr PAUL RECLUS

Secrétaire général.

MESSIEURS,

Le professeur Verneuil fut mon maître; il m'a dirigé dans mes travaux, il m'a prodigué son amitié, son puissant appui m'a soutenu à tous les pas décisifs de ma carrière, il m'a légué le plus touchant des souvenirs, sa robe professorale, et bien qu'il fût mort depuis quelques semaines, son influence, vivante encore, n'a pas été étrangère à ma précoce élection à l'Académie de médecine. On pourrait donc craindre que mon jugement ne soit aveuglé par ma reconnaissance. Il n'en sera rien; en racontant sa vie si difficile, et les amertumes du début, effacées par l'éclat de ses derniers triomphes, je m'efforcerai de dire la vérité, comme il le fit pour son maître Robert et son ami Follin. Verneuil mérite mieux qu'une louange banale : nous lui devons un portrait sincère. Et la vérité ne peut que le grandir.

Aristide-Auguste-Stanislas Verneuil naquit à Paris le 29 septembre 1823. Son père, créole de la Guadeloupe et fils du président du conseil municipal de la Basse-Terre, avait fait ses études médicales à Paris. Nous avons lu sa thèse; il y résume, à la manière de l'époque, toute l'anatomie, la physiologie et la pathologie du foie, en cent sept propositions, qu'à cette heure, nous trouverions un peu naïves. Dès qu'il eut conquis son diplôme, il lui fallut quitter sa femme et son enfant et regagner son île. Sa jeunesse, ses relations, l'éclat de la Faculté dont il sortait, lui valurent une clientèle rapide et de vives jalousies. Sous un prétexte futile, une discussion sur le magnétisme, il se prit de querelle avec un confrère, se battit en duel, fut atteint d'une balle au ventre et mourut en quelques heures. Verneuil fut orphelin presque en naissant.

Il lui restait sa mère, une femme originale et distinguée. Née à Grenoble en l'an IX de la République, elle était fille de ce marquis d'Olle dont le faste fut proverbial sur les bords de l'Isère, et qui avait fait bâtir à la Porte de France une maison princière, surnommée, à la mode du temps, « les Folies d'Olle ». La Révolution française et surtout le soulèvement des nègres de Saint-Domingue le ruinèrent, et il mourut laissant à sa femme juste de quoi vivre de privations. Mais Olympe-Adrienne d'Olle avait une volonté indomptable, toujours supérieure aux événements, une foi inébran-

lable dans sa bonne fortune, et peut-être aussi un peu d'imprévoyance. Elle ressemblait à ces jeunes femmes de l'ancienne noblesse, éparpillées par la Terreur dans les diverses cours de l'Europe, et dont les mémoires nous tracent de si charmants portraits; elle avait leur insouciante gaieté, leur fermeté dans le malheur, leur croyance en de meilleurs jours et, comme elles, le vif désir de ne pas perdre, sans en jouir, ses vingt ans et sa rare beauté.

Après la mort tragique du père, les ressources du ménage furent médiocres; la mère, aidée de sa fille, Nanne, la sœur aînée d'Aristide, chercha de l'ouvrage; elle en trouva chez un fabricant de gants de la rue des Moineaux. Plus tard, en 1831, « le comité des colons notables de Saint-Domingue » lui fit allouer un secours annuel de 300 francs. Le garçonnet fut envoyé en nourrice, à la campagne, où il faillit mourir; on lui donnait moins de lait que de mouillettes au vin. Plus tard, à Livry, il fut une seconde fois guetté par l'alcoolisme : son professeur de latin, un vieux légiste en retraite, traducteur passionné d'Horace, l'emmenait, après chaque leçon, boire avec lui au cabaret. Au sortir de nourrice, on confia le petit Aristide à un instituteur de Couberon, M. Corède; le gamin n'était guère studieux et les enfants du village l'appelaient « l'âne à Corède ».

Ses études furent irrégulières; à 16 ans, il entre à l'institution du père Chastagnier, où il reste deux années. Nous avons sous les yeux deux de ses bulletins. Dans le premier, sa conduite est « excellente », sa santé « florissante ». « Cet élève est doué d'un charmant caractère; il est docile et laborieux, estimé de ses professeurs, aimé de ses camarades; ses devoirs sont faits avec autant de goût que d'application ». Il a la note « bien » pour la « tenue religieuse ». Dans le second, il est « soumis et respectueux »; on peut le donner pour modèle aux meilleurs élèves; il a autant de facilité pour les sciences que pour les lettres; et si sa conduite religieuse n'est plus qu' « assez bonne », sa santé se fortifie; il dispute la première place à son camarade Gaunard, et, chose importante, « il a adopté un beau corps d'écriture ». M. Verneuil était fier de ces deux bulletins qu'il conservait dans ses archives; mais en nous les montrant, il se hâtait d'ajouter : Je n'étais qu'un simple cancre!

Ces bulletins sont dressés au nom d'Aristide Lesueur; voici pourquoi : en 1836, sa mère, Mme veuve Verneuil de Saint-Martin, née Olympe-Adrienne d'Olle, ainsi que s'exprime le registre de l'état civil, fut recherchée par M. Lesueur, capitaine au 1er régiment de lanciers, qui, six ans auparavant, en qualité de commandant des gardes de Charles X, avait accompagné jusqu'à Cherbourg son roi fugitif et en avait reçu la croix de la Légion d'honneur. Louis-Philippe ne ratifia pas cette récompense et, par un bizarre retour,

ce fut la République de 1848 qui paya la dette du dernier des Bourbons. M. Lesueur adorait son beau-fils et désirait lui voir porter son nom. De là cette suscription sur les bulletins scolaires. Mais, vers 1840, quand le jeune Aristide se fit inscrire à notre Faculté, après avoir nettement refusé de se préparer aux Eaux et Forêts qu'on ambitionnait pour lui, il reprit le nom paternel.

Avec ce mariage, l'aisance était entrée dans la maison; mais pour une courte durée. M. Lesueur perdit sa fortune en spéculations et la famille n'eut plus pour vivre que la modeste retraite du capitaine. Le jeune Aristide, en possession de son diplôme de bachelier ès lettres, avait été pris d'une fièvre d'indépendance et de plaisir dont fit justice un échec au baccalauréat ès sciences; pour comble de disgrâce, il tirait un mauvais numéro à la conscription, et faute des deux mille francs indispensables pour « s'acheter un homme », il dut servir pendant sept ans, durée du congé dans l'ancienne armée ; il n'en prit pas moins ses inscriptions, tandis qu'au foyer la gêne augmentait chaque jour. Ce fut l'heure solennelle de sa vie. La douleur de voir souffrir les siens, la honte d'aggraver leur misère, le ferme propos de les en arracher, lui inspirèrent des résolutions viriles, et le 7 janvier 1842 il écrivait à son camarade Lecler, l'ami des bons et des mauvais jours : « Désormais, je travaillerai ! »

La fortune ne sourit pas à ses premiers efforts et son concours de l'externat fut médiocre ; il fut reçu le quatre-vingt-neuvième, un des tout derniers, car les places n'étaient pas aussi nombreuses qu'aujourd'hui. Son humiliation fut profonde, comme il le raconte dans un discours prononcé treize ans plus tard, en 1856, au nom du jury de l'externat. « Mon amour-propre, dit-il, en eut une hémorrhagie qui dura un an ; le concours de l'internat fut l'hémostase. Ce fut pour moi une revanche. Je fis alors le serment de ne plus sombrer, car mon premier naufrage avait été si humiliant que je m'en souviens encore. » A l'internat, il fut le vingt-troisième sur une liste qui s'ouvrait par le nom de Racle et qui contenait ceux de Cusco et de Charles Robin. Aristide Verneuil n'avait que vingt et un ans. Vraiment, après une enfance paresseuse, orageuse et dissipée, il n'y avait pas encore de temps perdu.

Cette nomination arrivait à propos : la mère et la fille travaillaient de leurs mains et Verneuil voulut ne plus leur être à charge. Pendant son année d'externat, il s'était exilé à l'hospice du Bon-Secours; il y avait le gîte, parfois le couvert et, une fois par semaine, sa grand'mère, la vieille marquise d'Olle, qui habitait Montfermeil, lui apportait quelques provisions au fond d'un panier. Mais, avec l'internat, ses ressources augmentent; il a sa chambre,

l'indemnité mensuelle ; il enseigne l'anatomie à des étudiants créoles et suit parfois son maître chez un riche client. Le panier de la marquise d'Olle ne revenait plus vide maintenant de la chambre du jeune interne à la ferme de Montfermeil. Ces années de misère lui laissèrent un souvenir aigu ; il y pensait lorsque, dans l'éloge de Follin, il exalte « la liberté d'allure et d'esprit de celui qui ne redoute ni le froid de l'hiver, ni les soucis du jour, ni les préoccupations matérielles du lendemain ».

Verneuil passa sa première année d'internat chez Natalis Guillot, à la Salpêtrière, et la deuxième à la Pitié, dans le service de Lisfranc. Heureusement qu'il avait conservé de son séjour à Couberon, à Livry et à Montfermeil des habitudes matinales : la visite avait lieu à six heures, et la saignée des opérés devait être faite avant l'arrivée du chef. L'année suivante, à Saint-Antoine, il eut Bazin comme maître et s'enthousiasma chez lui pour les grandes questions de la pathologie générale. C'est dans cet hôpital qu'il connut Follin ; deux ans plus tard, à l'École pratique, il rencontrait Broca, et alors se noua cette amitié fameuse dans l'histoire de notre médecine. Ces trois jeunes hommes réunis d'abord par leurs fonctions le furent plus encore par leur affinité naturelle, leurs goûts, leur horreur de la routine, une chaleur que l'âge même ne devait pas éteindre. Ils déployèrent le drapeau autour duquel se rallia tout ce qu'il y avait d'ardent parmi la jeunesse ; leur influence sur les étudiants fut telle qu'on les nomma les triumvirs.

Quelle différence pourtant entre ces trois hommes de même âge marchant à la conquête de la gloire ! Follin était Normand et sortait d'une bonne famille bourgeoise ; il perdit son père de bonne heure, mais sa mère, une femme remarquable, lui donna « une mâle éducation, sans faiblesse, sans préjugés, avec le culte sacré de l'indépendance et de l'honneur ». Une certaine fortune permit de ne rien négliger pour ses études, et lorsque, à vingt ans, ce jeune homme, haut de taille, robuste, dur à la fatigue, sobre et pourtant gai compagnon, vint prendre ses inscriptions à Paris, sa belle figure, son large front, son grand œil bleu, doux et tranquille, lui valurent partout un accueil empressé. Son plan tracé d'avance, il voulait se vouer à la chirurgie et conquérir successivement tous nos honneurs ; il sut choisir ses chefs parmi les plus savants comme aussi les plus influents et se les attacher par sa constance au travail, sa conscience du devoir, son bon sens et sa rare maturité. Dans le conseil des trois amis, il était le plus avisé.

Paul Broca était Girondin ; avec toutes les aimables qualités de son charmant pays, il avait une des plus vastes intelligences que nous ayons eu le bonheur de connaître. Aucune science ne lui était étrangère ; il avait des connaissances positives en mathé-

matiques, en chimie, en physique; il a ouvert un des sillons les plus féconds de la physiologie; il fut chirurgien savant et éminent nosographe ; il créa l'anthropologie. Il fut, de plus, érudit en histoire jusqu'à confondre son ami Henri Martin, en géographie jusqu'à collaborer pour une carte des pays basques avec son compatriote Élisée Reclus, en politique jusqu'à faire prévoir, lors de son élection au Sénat, sa prochaine entrée au ministère, en théologie jusqu'à soutenir d'ardentes polémiques dans les journaux religieux. Quant à son talent d'écrivain, les plus belles pages de notre littérature médicale sont signées par Malgaigne et par lui. Il devait être, il fut l'âme du triumvirat.

Verneuil était Parisien et conserva toujours sa marque de naissance. Une aquarelle du temps le montre avec cravate voyante, veston bleu et, sous le gilet ouvert, une chemise chiffonnée ; au premier aspect, c'est un bohème, d'enfance vagabonde, d'éducation mêlée et qui a subi les promiscuités de la rue. Mais comme la figure est jeune, intelligente et franche ! Quels yeux clairs, regardant bien droit, peut-être même avec quelque impertinence ! Quel sourire spirituel plissant ses lèvres fines et soulevant sa narine mobile ! Il tient bien un peu du gavroche, mais son grand front rassure : les fortes idées ont déjà mordu son cerveau et quand sa jeunesse cessera de déborder, il apportera, dans le concert des trois amis, avec une bonne humeur charmante, un courage qu'exaltent les dangers, un désintéressement chevaleresque et une capacité de travail qui ne se lassera jamais. Son instruction est nulle, il la recommence ; son éducation est négligée, il s'en fait une; il ignore les langues vivantes, il apprend l'allemand, l'anglais et l'italien ; il était brouillé avec l'histoire, il étudiera, dans des conférences fameuses, les « Chirurgiens érudits » et les « Petits Prophètes de chirurgie ».

A eux trois, ils furent les chefs de ce que l'on nomma « la Jeune École ». Leur ambition n'était pas mince. Ils voulaient tout simplement être anatomistes comme Blandin et Gerdy, cliniciens comme Velpeau, opérateurs comme Lisfranc, écrivains comme les Bérard, sincères comme Marjolin. Ils considéraient Malgaigne comme leur chef. Cet érudit, documenté comme pas un, ce lettré, ce polémiste ardent et amer, ce tribun redoutable, impatient de toute autorité, passionné, souvent paradoxal, avait séduit nos jeunes iconoclastes, fiers de leur science, de leurs dons merveilleux, enivrés par leur audace même et aussi par l'acclamation qui saluait leur entrée sur la scène médicale. Ils aimèrent à braver les résistances et — ils l'avouaient eux-mêmes — à dire tout haut, à tout venant et en tout lieu, leur opinion sur tout, hommes et choses.

A ce moment surgissait à l'Académie de médecine la grande

discussion sur le cancer, et, du coup, la jeune école devenait célèbre. L'anatomie pathologique, créée par Bichat, s'était élevée avec Bayle, Laënnec et Cruveilhier à un point qu'on ne pouvait dépasser sans l'aide de nouveaux moyens de recherche. Le microscope était découvert depuis deux siècles, mais il restait trop imparfait pour l'étude de la trame organique, et ce n'est qu'en 1824 que Selligues et Chevalier construisirent un instrument achromatique capable de donner une image nette de nos tissus. Raspail s'en empara et, du premier coup, émettait une hypothèse géniale sur l'histogenèse. Le public savant n'y prêta quelque attention que lorsqu'elle nous revint d'Allemagne, avec l'estampille de Schwann. Mais nul à Paris n'était à même de contrôler les assertions germaniques lorsque, sous l'égide de Lebert et de Charles Robin, Broca, Follin et Verneuil formèrent la première école micrographique française. Le vaste édifice qu'ils ont construit s'est écroulé, leur classification est morte, le mirage des éléments spécifiques s'est évanoui; mais, grâce à eux, l'anatomie pathologique prit un essor nouveau; l'impulsion était donnée, et avec Ranvier, Cornil, Malassez, Mathias Duval, une autre école s'est élevée, qui jette un vif éclat sur notre science française.

Verneuil avait mené la campagne dans la *Gazette hebdomadaire*; et ses commentaires, ses critiques, la lettre à Bouillaud, ses articles sur « le microscope et la chirurgie » étaient pour le moins aussi appréciés que les discours prononcés à la tribune de la vieille Académie. De même, il eut sa grande part dans la moisson de faits nouveaux que récoltait l'histologie; il étudiait et nommait les fibromes; il entreprenait une série de recherches sur l'origine des kystes et décrivait les kystes du canal déférent, de la langue, du corps de Wolf dans les deux sexes, les kystes du rein, les kystes développés dans les tumeurs érectiles. Son travail sur les kystes prélacrymaux à contenu huileux inaugura ses recherches sur les kystes dermoïdes dont il donnait, le premier, l'exacte pathogénie. On a voulu attribuer cette découverte, qui à Remak, qui à Roser; mais Lannelongue discute les textes, précise les dates, et c'est bien à Verneuil qu'appartient la théorie générale de l'enclavement, comme origine des kystes dermoïdes.

Entre temps, en 1853, s'ouvrait un concours d'agrégation pour la chirurgie; les trois amis s'inscrivirent, mais durant les épreuves il devint évident que, des trois places, une était réservée à Richard. Broca serait élu premier; quant au troisième rang, plusieurs juges hésitaient entre Follin et Verneuil. Celui-ci prit alors un parti héroïque : il se retira avant la thèse, et comme une prédilection marquée et de fortes études antérieures avaient fait de lui un bon physiologiste, il se présenta au concours des sciences accessoires

contre Fano, Dupré et Segond, le père de notre collègue actuel. Après une composition écrite sur les os, de brillantes leçons orales et une excellente thèse sur le système veineux, il fut reçu avec et avant Segond. La même année les vit tous les trois agrégés. Mais Broca et Follin acquirent le titre de chirurgien du Bureau central que l'extrême pénurie de places devait faire attendre trois ans à Verneuil. Il fut nommé en 1856, à trente-trois ans, l'âge moyen de cette investiture. Encore la bataille fut-elle dure ; il succombait sans l'énergique appui de Hillairet, Denonvilliers et Robert.

Allait-il enfin reprendre haleine dans sa lutte contre la misère ? Hélas ! elle le serra plus fort à la gorge. Au moins lorsqu'il était interne et prosecteur, il avait des élèves, de petits revenus mensuels. Et voici que maintenant il se retrouvait sans relations, sans protecteur, sans chef pour le lancer dans la clientèle ! C'est alors que sa mère, peu faite pour la pauvreté, imagina de hasarder tout son avoir dans la création d'une maison de « haute nouveauté ». Les affaires semblaient prospérer, lorsqu'un événement, dont on n'aurait pu soupçonner la répercussion sur les destinées de Verneuil, vint tout compromettre : à Constantinople, le Sultan licencia son harem, la meilleure clientèle de la maison. Le crédit s'effondra ; il fallut liquider : le passif s'élevait à plus de quatre-vingt-dix mille francs.

Verneuil n'accepta pas pour les siens l'idée d'une faillite : il visita les créanciers, fit luire à leurs yeux son avenir brillant, son énergie, sa droiture ; on accorda du temps ; il signa des billets l'obligeant à payer intérêt et capital dans l'espace de quinze années. Notre maître but alors jusqu'à la lie toutes les angoisses du débiteur honnête à ces terribles fins de trimestre où l'argent attendu ne rentre pas. Son courage fut tel, que ses amis ignorèrent toujours les difficultés qui l'étranglaient. Jamais de découragement ou seulement de lassitude dans cette lutte avec le rocher de Sisyphe. Tout son travail était pour payer cette dette, tout, jusqu'à ses jetons de présence ; un créancier, le père Toussaint, surveillait, dans les journaux médicaux, la composition des jurys de concours ; dès qu'il voyait le nom de Verneuil sur la liste, il courait compter les signatures et réclamer son échéance.

Malgré ce fardeau, Verneuil suffit à tout et à plus encore, puisque, aux examens, cours publics, conférences, service d'hôpital, il ajouta des travaux scientifiques de premier ordre. Il continua ses recherches d'anatomie, comme en font foi ses communications à la Société anatomique et à la Société de biologie. Sa description du pancréas lui valut, en 1855, une récompense de l'Institut ; il étudia le système veineux du membre inférieur et découvrit les canaux de sûreté. Il expliqua pourquoi certaines artères sont ac-

compagnées de deux veines satellites, tandis que dans les cavités splanchniques il n'y a qu'une veine par artère ; il montra que les veines privées de valvules se joignent toujours deux à deux ; la seconde veine n'étant alors que la réunion bout à bout des canaux de sûreté sus-valvulaires. Ces recherches se doublèrent d'applications pathologiques. Qui ne connaît ses mémoires sur les varices du membre inférieur et sur les formes graves du coup de fouet ?

Il fit le premier des recherches suivies sur les cancroïdes sudoripares, les névromes plexiformes, les névromes des moignons dont l'apparition fréquente le conduisit à formuler ce précepte : réséquer les nerfs qui rampent dans l'épaisseur des lambeaux exposés à supporter le poids du corps. Que dirons-nous de ses travaux sur les anévrysmes, sur les hernies, sur les luxations paralytiques, les fistules, les tumeurs blanches, les anus artificiels, la rectotomie linéaire, la dilatation dans les hémorrhoïdes, et la réapparition triomphante de la gastrostomie ? Insistons seulement sur la grande valeur de ces mémoires : rien ne coûte à l'auteur, ni les longues enquêtes, ni les recherches bibliographiques, ni les expériences à l'amphithéâtre. Des esprits chagrins ont traité Verneuil d'idéaliste, ce qu'on peut, en somme, discuter à propos de certains travaux datant de la seconde moitié de sa carrière ; mais ceux que nous venons de signaler sont nets, convaincants, pratiques ; ils ont fait, du premier coup, leur trouée, et sont tellement connus, que, à cette heure, on ignore même qui le premier en formula les conclusions.

Nous sommes en 1867, l'année fatidique pour les trois amis ; elle voit poindre leur triomphe ; elle leur assène aussi un formidable coup de massue. Follin venait d'être décoré ; votre Société le nommait son président, l'Académie de médecine lui ouvrait ses portes et la Faculté le plaçait deuxième sur sa liste de présentation, lorsque, brusquement, la mort l'enleva, brisant un faisceau d'amitié que n'avaient pu disjoindre, ni les paroles perfides, ni la vanité, ni les rivalités nécessaires, ni les luttes pour les mêmes honneurs. En cette même année, Broca fut nommé membre de l'Académie de médecine et professeur à la Faculté ; il était déjà décoré et le ministère avait trouvé piquant de l'inscrire lui, l'ardent ami de la République, sur une liste qu'ouvrait le nom de Paul de Cassagnac, le fougueux ami de l'Empire.

Verneuil aurait-il part aux mêmes honneurs ? Les habiles démontraient sans peine que toute sa carrière n'était qu'une longue absence d'esprit de conduite. Bénévole dans le service de Velpeau, il s'était brouillé avec ce maître omnipotent, qui tenait les clefs de toutes les avenues. La sœur de Verneuil avait été prise tout à coup

d'un mal à la hanche; on craignait une coxalgie; le jeune élève, épouvanté, implore son maître, l'oracle infaillible; il le supplie de venir voir la malade à Livry. Velpeau, âpre à l'argent et dont souvent le cœur semblait cuirassé d'un triple airain, répond brusquement qu'il ne court pas la campagne pour donner des consultations gratuites: « Après tout, le prêtre vit de l'autel! » A ces mots, Verneuil pâlit, dénoue son tablier, le jette aux pieds du maître et quitte le service. Velpeau n'était pas homme à l'oublier jamais.

Verneuil interne eut le même dédain pour les petites roueries du parfait candidat : sur trois années il en passa deux en médecine; la troisième il choisit Lisfranc, Lisfranc qui n'était pas de l'École, Lisfranc détesté de tous les puissants du jour, Lisfranc sans influence et sans autorité ; en eût-il eu, d'ailleurs, qu'il ne les aurait pas mises au service de son élève : avant la fin de l'année, ils étaient brouillés. Au cours du prosectorat, les erreurs de tactique se multiplient; Verneuil aggrave ses fautes ; il entre à la *Gazette hebdomadaire*, et là, chaque semaine, dans un feuilleton impatiemment attendu des lecteurs, il donne, à propos d'histoire et de critique, ses impressions sur les hommes et sur les choses avec une indépendance qui consterne ses amis. Il ne craint pas de surnommer Velpeau « le canotier du Pactole »? Et tous de dire : Verneuil ne sera jamais professeur ! On le répétait surtout en 1864, lorsque ici, à la tribune que j'occupe et en un jour semblable, il lut l'éloge de Robert. Ce fut un scandale dont la rumeur dura longtemps.

Après trente ans écoulés, nous pouvons juger cet incident sans passion. On sait l'histoire de Robert, chirurgien laborieux, érudit et habile, vulgarisateur à la parole correcte et claire et, en plus, homme aimable, artiste apprécié, cousin et ami de Berlioz. Après avoir conquis les titres d'externe, d'interne et de chirurgien des hôpitaux, d'agrégé de la Faculté, il aborda les concours du professorat, et pendant vingt ans leur sacrifia tout, son temps, son repos, sa fortune, son bonheur et, en définitive, sa vie. Pas une chaire de chirurgie ne devenait vacante sans qu'il s'y présentât. Il avait déjà subi quatre échecs de 1840 à 1849, lorsque s'ouvrit en 1851, après la mort de Marjolin, un concours pour une place de clinique. Robert avait cinquante ans; il hésitait cette fois à se lancer dans la fournaise. Il visita pourtant quelques personnages influents pour leur demander conseil et se décida à faire acte de candidature avec Michon, Bouisson de Montpellier et Nélaton; ce dernier n'avait que quarante-trois ans et n'en était qu'à son deuxième concours.

Les épreuves de Robert furent brillantes et, de l'aveu des juges, les bravos enthousiastes dont le public l'accueillit étaient justifiés par la valeur de ses leçons, l'étendue de ses connaissances, la

solidité de ses arguments rehaussés par une diction sobre et une remarquable clarté d'exposition. Ces mérites incontestés joints à ses titres antérieurs, la dignité de sa vie, ses multiples concours, son âge et surtout les sept promesses formelles que lui avaient faites sept des douze juges assuraient son élection, escomptée déjà de toute part. Le jour du scrutin arrive : Robert n'a que deux voix; il est quatrième, quatrième seulement, après Michon, après Bouisson, après Nélaton. Ce fut un coup terrible dont ses élèves ne purent prendre leur parti, surtout quand ils connurent les détails du vote : pour détacher Réveillé-Parise, qui avait promis sa voix à Robert et ne voulait pas se parjurer, on menaça ce vieillard, presque dans l'indigence, de supprimer la pension modeste dont il vivait.

Ces iniquités blessèrent Verneuil au cœur; en 1864, plus de douze ans après ces concours, sa colère était chaude encore, lorsque, selon l'usage, il fallut prononcer ici, en séance solennelle, l'éloge de Robert, ancien président et membre fondateur de la Société. Le secrétaire général se récusait; aussi le président priat-il Verneuil d'accepter la tâche; nul mieux que l'ancien ami, l'élève préféré, ne saurait louer excellemment le maître. Verneuil n'avait même pas deux semaines devant lui; pourtant, au jour dit, il lisait un discours ému, rude, emporté, sans mesure, vibrant de rancœur et d'indignation. Malgré son éloquence, cet éloge fut écouté avec un malaise visible par les amis et sévèrement jugé par les indifférents et les adversaires. Quelques jours plus tard, après une vive discussion, la Société priait l'auteur de retoucher son discours avant de l'insérer dans les *Bulletins*. Verneuil préféra le retirer : l'éloge de Robert ne figure pas dans nos comptes rendus officiels.

Nous venons de relire cet éloge fameux et nous avons éprouvé le malaise des premiers auditeurs. D'abord notre faculté d'indignation est émoussée à l'égard des injustices des concours. Elle devait l'être autant en 1864; on ne comptait déjà plus les passe-droit. De notoriété publique, Breschet, membre de l'Institut, avait été nommé professeur d'anatomie bien que Chassaignac et Broc eussent mieux concouru. Denonvilliers lui succéda, bien que le même Chassaignac et Béclard eussent fourni de plus brillantes épreuves. Gerdy obtint la chaire de pathologie externe, bien que Velpeau et Sanson eussent été jugés supérieurs. Enfin Blandin, qui avait mérité d'être élu en 1833 et ne le fut pas, le fut en 1841, bien que Chassaignac eût dû l'emporter. Le cas de Robert rentrait tout simplement dans la règle commune. Et puis, nous ne pouvons oublier qu'on nomma Nélaton. Son concours fut peut-être inférieur, mais n'avait-il pas déjà publié ses merveilleuses *Recherches sur l'affection tuber-*

culeuse des os ? L'avenir a sanctionné le choix du jury : Nélaton fut un professeur éminent et l'un des deux plus grands praticiens de ce siècle.

L'opportunité de cette ardente philippique nous semble donc contestable ; mais ce qui ne l'est pas, c'est la générosité, le mâle orgueil, la droiture et le courage de Verneuil. Il croit de son devoir de venger l'échec de Robert; il le fait sans regarder au nombre et à la puissance de ses adversaires ; il s'attaque à Velpeau, le dispensateur de toutes les grâces, à Nélaton, dont l'influence à l'École se doublait, au dehors, de l'amitié reconnaissante de l'empereur. Aussi les ennemis disaient-ils tout haut ce que les amis pensaient tout bas : Verneuil ne sera jamais professeur ! Pourtant, il le fut ; moins de quatre ans après, il était nommé contre Dolbeau. C'est qu'il faut compter aussi sur les courants de loyauté, de bon sens et de bonne foi qui, tout à coup, naissent et se gonflent comme un fleuve qu'on ne saurait arrêter. Le plus sûr moyen de triompher de ses ennemis, a dit Talleyrand, est de leur survivre. Verneuil n'eut pas à recourir à ce moyen suprême : si Velpeau venait de mourir, ses autres adversaires étaient, Dieu merci, bien vivants lorsque, jeune encore, à quarante-trois ans, il revêtit la toge professorale.

A peine Verneuil était-il entré à la Faculté, que l'Académie lui ouvrit ses portes. Malgré cette consécration de sa valeur professionnelle, sa situation de fortune restait des plus précaires : sa clientèle commençait à peine à se dessiner ; ses charges demeuraient écrasantes; ses dettes de famille n'étaient pas toutes éteintes et son ménage, celui de sa mère et de sa sœur absorbaient le peu qui restait. Aussi, lorsque, en 1873, vingt ans après son agrégation, il quitta l'appartement du boulevard Sébastopol, si modeste que le plus humble des médecins de quartier l'eût dédaigné, il dut, pour s'établir boulevard du Palais, emprunter 7,000 francs à l'un de ses vieux amis. En 1874, seulement, il échappait au cauchemar de ses jours et de ses nuits ; il assurait le sort de sa mère et commençait même, en 1876, à placer quelques économies. Sa lutte avec la gêne avait duré cinquante et un ans.

A ce moment, les travaux de Verneuil prirent une nouvelle orientation, et ses recherches sur « l'influence des diathèses » marquent notre époque d'une empreinte originale. L'observation par Delpech et Bouisson, chez les opérés paludiques, d'hémorrhagies intermittentes qu'arrêtent seules les préparations de quinine, la constatation par Neunman Chevers, en 1845, « de l'influence des altérations des grands viscères sur la mortalité des plaies opératoires », enfin, en 1864, la démonstration par Marchal de Calvi de la gravité des interventions chez les diabétiques, voilà, en dehors des affirmations gratuites, ce que possédait sur ce sujet la science

positive. Maintenant, grâce aux mémoires accumulés de Verneuil, nous avons des notions exactes sur les rapports du traumatisme avec la scrofule, la tuberculose, le rachitisme, le cancer, le scorbut, le rhumatisme, l'albuminurie, les maladies virulentes et les intoxications. Nous savons comment réagissent les alcooliques aigus ou chroniques, nous connaissons la valeur de certaines hémorrhagies secondaires, de certaines gangrènes, des suppurations orangées et des névralgies traumatiques.

Ce chapitre nouveau de pathologie générale n'était qu'une faible partie du programme de Verneuil. Avec l'inventaire du blessé, il voulait poursuivre l'étude de la blessure et celle du milieu. La formule concise: milieu, blessure, blessé est maintenant vulgaire à force d'être connue ; n'oublions pas que nous la devons à Verneuil. Ces recherches lui firent prévoir des faits que la bactériologie naissante démontra plus tard. Le « virus traumatique de Verneuil », sa « sepsine » de 1869, substance toxique et septique engendrée à la surface de la plaie, ressemble terriblement à nos toxines d'aujourd'hui. Il accueillit avec enthousiasme la doctrine parasitaire, et s'il ne sut pas toujours se plier, dans ses opérations, aux règles rigoureuses qui en découlent, il fut un des premiers à signaler des faits probants d'associations bactériennes et découvrit « le microbisme latent » dont on sait la brillante fortune; il imagina quelques applications de la méthode antiseptique, le pansement ouvert qui menace aujourd'hui de nous revenir d'Allemagne, la pulvérisation phéniquée, les bains locaux prolongés ou continus, et les injections d'éther iodoformé dans les abcès tuberculeux.

Je connus Verneuil en 1876. J'avais fini mes quatre années d'internat sans avoir été son élève, lorsque le concours de la médaille d'or me conféra une année nouvelle. M. Verneuil était de mes juges et m'offrit une place dans son service où je trouvais Charles Richet et Maunoury, de Chartres. Dès le premier jour, je fus conquis. Il était alors au plein de sa carrière ; ses cinquante-trois ans étaient vraiment jeunes; son corps bien pris, agile et vigoureux dans sa très petite taille, portait une tête superbe, un peu forte peut-être, mais, comme Broca, comme M. Guyon, il était fier de sa pointure et voyait sans déplaisir son chapeau tomber sur les épaules de qui l'avait coiffé par mégarde. Le visage était ouvert et franc, avec une bouche bien dessinée que bordaient des lèvres railleuses, un nez droit, grand et ferme, et sous un ample front, encadré de cheveux bouclés déjà grisonnants, s'ouvraient de beaux yeux clairs, rayonnant d'intelligence et de bonté. Rien dans son aspect ne trahissait le médecin ; ses favoris coupés à l'ordonnance lui donnaient plutôt l'air d'un très jeune amiral.

Chaque matin, à 9 heures, il entrait dans son service, au milieu

d'une grande affluence d'étudiants, de prosecteurs et de jeunes candidats au Bureau central, la plupart ses anciens internes. Les élèves aiment qui les aime; ils ont vite fait de reconnaître, même sous de brusques allures, ceux de leurs maîtres qui ont à cœur de les instruire. Mais combien rapide l'entente lorsque le professeur est cordial comme l'était Verneuil ! Sa voix fort douce s'adoucissait encore quand il parlait à ses malades. Il avait une immense pitié pour la douleur, et tenait de son maître Robert une remarquable légèreté de main dans l'examen des blessés. Il ne pardonnait pas aux élèves la brutalité dans les pansements. Un jour, que nous étions juges ensemble à la Charité, un candidat saisit un membre fracturé, le soulève et le plie en deux pour chercher la crépitation; le malade hurle de douleur; le candidat, impassible, recommence sa manœuvre. Verneuil s'élance et, pâle de colère : « Monsieur, je vous refuse, je vous ajourne à six mois et je voudrais pouvoir vous exclure à tout jamais de la profession médicale, dont le premier devoir est la commisération ! »

Sa parole était aisée, trop facile peut-être ; sa phrase toujours claire et correcte, mais pas assez ramassée, et le mot propre, qu'il savait trouver, était quelque peu perdu au milieu d'expressions parasites. Il n'en était pas moins un de nos meilleurs orateurs, un des plus écoutés dans nos Sociétés savantes, et l'Académie n'a pas oublié ses discours sur le tétanos, l'érysipèle, l'anesthésie chirurgicale, la pathogénie de l'infection purulente. Ses entretiens au lit des malades, de moindre ambition et de moindre envergure, étaient peut-être supérieurs, par la fine bonhomie, la verve railleuse, et surtout la conviction, au service d'une surprenante richesse de souvenirs. Parfois, à quelque nuance fugitive, on retrouvait l'ancien étudiant de libre allure, échappé trop tôt sur le pavé parisien. Mais c'était un charme de plus ; aussi était-il classé parmi les causeurs brillants, et ses « propos de table » formeraient un bien aimable recueil.

Il laisse à ses élèves le souvenir d'un opérateur toujours maître de lui et qu'aucun incident ne déconcertait. Tel peut-être n'est-il pas jugé par la jeune génération qui, tout entière à la merveilleuse éclosion de la chirurgie abdominale, n'accorde qu'un regard distrait aux opérations des âges précédents. Les interventions sur les maxillaires, la langue et le cou restent encore les plus dangereuses. Eh bien, je n'ai vu aucun de nos maîtres, aucun de nos anciens, aucun de nos collègues mener avec autant de sûreté, de dextérité, de sang-froid une extirpation de polype naso-pharyngien, une ablation totale de la langue, une dissection de ganglions cancéreux sur la jugulaire interne et sur la carotide. Ceux qui n'ont pas connu Verneuil mettent sur le compte de la timidité toute une série de

travaux dont nous n'avons pas encore parlé, ses méthodes pour économiser le sang, favoriser les réparations ultérieures, diminuer la gravité des opérations, exposer le moins possible la vie des blessés. Qu'ils y voient au contraire un des plus beaux titres de gloire de Verneuil : son désir de mettre à la portée de tous un art dont tous peuvent avoir besoin !

Verneuil fut un vrai maître ; ce terme a perdu de son ancienne précision ; la multiplicité des sources d'étude, la masse des journaux qui nous apportent les enseignements de tous les points du monde, les voyages qui nous initient à la pratique des chirurgiens étrangers, font de chacun de nous le produit de mille influences qui étouffent notre descendance directe. Mais Verneuil sut retenir autour de lui et diriger ses élèves, si nombreux que j'en compte plus de trente dans nos hôpitaux et notre agrégation, et qu'ici plus de la moitié des membres actuels ont été parmi ses internes. Il nous suivait dans la carrière et chaque semaine, le mercredi, nous réunissait à sa table. C'était le « dîner des ouvriers », où le patron gourmandait les paresseux, félicitait les vaillants et tâchait d'inspirer à tous sa bonne volonté. On se séparait à 9 heures et demie car le maître se couchait tôt. C'était un travailleur du matin, et à 5 heures, en hiver, il écrivait déjà sous sa lampe bien connue des voisins et toujours ponctuelle.

La bataille que dès son enfance il avait livrée à la misère avait développé chez lui une perspicacité spéciale pour flairer chez autrui les embarras d'argent, et rien n'était comparable à sa délicatesse pour les lever. Il racontait volontiers que, placé par Germer-Baillière auprès de Robert pour contribuer à une thèse de concours, il avait reçu de lui 700 francs qui lui permirent d'attendre sa nomination à l'Ecole pratique sans être talonné par la faim. Comme il a su les rendre avec usure ! On n'imagine pas le nombre de secrétaires, de bibliothécaires, de traducteurs, d'aides de toute sorte qui soudain lui devenaient nécessaires lorsqu'il dépistait une infortune. J'ai reçu bien des confidences d'obligés dont le cœur débordant cherchait à épancher leur gratitude. Je sais un étudiant d'intelligence rare et de grande originalité que Verneuil prit comme secrétaire pour lui permettre de préparer ses concours. Maître et élève se brouillent et, malgré son bon cœur, l'élève était seul coupable du malentendu. Il meurt dans l'indigence : Verneuil fut le premier à secourir sa veuve.

Vers cette époque, le discours lu au congrès de Grenoble est comme un autre éloge de Robert par la clameur qu'il soulève. Verneuil s'attaque avec une ardeur juvénile aux médecins dont l'âpreté au gain, les pratiques louches déshonorent notre art ; puis, il s'élève contre les impatients, les téméraires, les chercheurs de

bruit et d'aventure qui pratiquent de folles opérations au hasard du couteau, sans examen, sans diagnostic, sans mettre en parallèle de leurs décevantes espérances le danger de mort qu'ils font courir à leur malade. Sur le premier point, on se tut car on ne pouvait défendre, si tant est qu'il en existe parmi nous, ces hommes de proie dont l'entrée dans une maison, nous dit Léon Le Fort, équivaut pour la famille à un grave revers de fortune. On se dédommagea sur le second point, on accusa Verneuil de passer à la réaction. Nous ne partageons pas cet avis : il était bon de s'élever contre des exagérations dangereuses. Mais, cette réserve faite, il ne nous déplaît pas, à nous qui, par tempérament et par instinct autant que par éducation et par volonté réfléchie, avons pris résolument notre place parmi les conservateurs militants, de plaider ici la cause des initiateurs. Nous ne les envions pas; notre âme timide ne pourrait supporter l'angoisse de l'entreprise et le remords des premiers désastres. Mais nous profitons de leurs expériences, leurs interventions meurtrières hier sont aujourd'hui nos plus radieuses conquêtes, et je dis que sans la race hardie des téméraires, la science marcherait d'un pas bien trop lent. Toutefois, la sécurité publique exige que leur vocation soit invincible, leur nombre restreint et qu'ils se sentent en paix avec leur conscience.

A ce moment la vie de Verneuil semblait heureuse et son existence magnifique : la belle famille de ses élèves grandissait autour de lui et portait partout le clair renom de sa science et de sa loyauté; sa clientèle était superbe, sa mère et sa sœur vivaient dans l'abondance. Il fut nommé chevalier, officier, commandeur de la Légion d'honneur, président de l'Association française pour l'avancement des sciences, président du Congrès de chirurgie ; l'Académie de médecine voulut le mettre à sa tête, mais tant de présidences lui parurent abusives et il se récusa. En 1887, à la mort de Gosselin, l'Institut lui ouvrit ses portes. Dans sa jeunesse militante, il avait quelque peu médit de cette haute assemblée; il trouvait que, pour y entrer, beaucoup et des plus grands avaient un peu trop baissé la tête; mais lorsqu'il y arriva sans brigue et par un vote presque unanime, il nous dit, au souvenir de ses anciennes railleries, l'orgueil légitime qu'il éprouvait d'entrer dans ce cénacle illustré par les meilleurs de nos savants.

Il avait donc atteint les sommets; mais comme au temps de sa jeunesse, il paya la rançon de sa gloire! Il dissimulait une plaie non moins douloureuse. Pendant sa vie d'étudiant, il avait lié son existence à celle d'une femme dont l'éducation n'égalait pas l'intelligence. Il comptait l'épouser; sa mère, dont les moindres désirs étaient des ordres, s'opposait au mariage et, sa vie durant, maintint

son inflexible volonté. Elle redoutait ces unions mal assorties et si souvent malheureuses, où le manque d'ordre, le goût du luxe, d'autres habitudes, d'autres instincts sont un écueil où sombre le bonheur du ménage. Elle obtint le départ de la jeune fille pour l'Amérique. L'absence fut courte ; au retour, les liens rompus se renouèrent, mais Verneuil ne put se marier que vers 1880, plus de trente ans après la première rencontre. Sa mère venait de mourir ; cette disparition lui fut un coup terrible ; à sa douleur poignante, au vide qui se fit dans son âme, il sentit qu'à tout âge on peut être orphelin.

A soixante-dix ans, Verneuil donna sa démission de professeur, en pleine possession de son autorité. Il voulait, disait-il, descendre et non tomber de sa chaire. Il nous fit ses adieux dans le grand amphithéâtre de la Faculté ; à son entrée, ses collègues, ses anciens élèves, les étudiants en foule se levèrent d'un élan spontané, et l'accueillirent d'une longue acclamation. Il nous résuma ses travaux, nous dit sa carrière, sa joie d'enseigner, son amour ardent et inquiet pour la science et pour la patrie. Il nous demanda pour la France des gloires indiscutées, et ses yeux rayonnaient aux noms de Claude Bernard et de Pasteur. Comme ce dernier, il professait que la science n'a pas de patrie, mais que le savant doit en avoir une, et depuis la guerre funeste, il aimait la sienne d'une passion qu'il avait peine à contenir. Lorsqu'il parlait tuberculose, un de ses sujets favoris, il ne se consolait de la nationalité de Koch qu'en rappelant celle de son précurseur Villemin.

Sa santé, jusque-là intacte, allait subir une grave atteinte. Ses élèves lui connaissaient une toux bizarre, qui éclatait soudain et dont les longues quintes suspendaient sa leçon ; vous la connaissiez aussi, et c'était un bruit étrange, risible et pénible à la fois, quand, ici, à nos séances, répondait à la toux grave de Trélat la toux aiguë de Verneuil. L'accès n'était conjuré que par des inhalations d'éther ; le maître en prit l'habitude. Le danger devint pressant ; ses amis eurent peur. Un mois durant, je crus l'avoir guéri dans notre hameau d'Orion, perdu sur la crête d'un haut coteau du Béarn ; l'air pur, la vie libre, les grands espaces, nos gaves bruyants et clairs, leurs eaux d'émeraude, et cette lumière indéfinissable, baignant limpidement les montagnes bleues de notre horizon d'Espagne, toute cette paisible et rayonnante nature semblait lui avoir fait oublier l'impérieuse tyrannie. Il courait les bois où jadis chassa Gaston Phébus, et comme un enfant en école buissonnière, il jetait des pierres aux branches des pommiers, gaulait les noyers, pillait les pieds de vigne et revenait le soir, heureux de sa maraude qu'il portait fièrement dans un mouchoir noué. Il était guéri, certainement guéri… Or, pendant cette période,

pour arrêter ses quintes nocturnes, et pour dormir enfin, il respira, nous apprit le pharmacien de la ville voisine, vingt-cinq litres d'éther en vingt-quatre jours !

Dès ce moment, sa force s'épuise; il ne mange plus, il vit de quelques cuillerées de laitage ; il abandonne sa clientèle et ne fait plus qu'une apparition à cette tribune, une seule, pour y lire un travail sur le traitement des polypes naso-pharyngiens ; il assiste à la première clinique du professeur Berger, l'un de ses amis les plus chers; le même jour, il vint dans mon service et il adressa une allocution touchante à mes élèves, qu'il appela « ses élèves au second degré ». Telles furent les dernières heures consacrées par lui à notre monde médical que, pendant cinquante ans, il avait rempli de sa féconde activité. Retiré à Maisons-Laffitte, avec sa femme mourante, il recevait les visites de trois ou quatre de ses élèves, hélas! sa seule famille, et de quelques amis fidèles de la Faculté. Trois jours avant sa mort, et comme il attendait quelques-uns d'entre nous, il fit apporter dans sa chambre ses fleurs préférées : « Je ne puis vous les montrer moi-même dans mon jardin, et je veux que nous en jouissions ensemble. » Il s'éteignit le 11 juin 1895 ; il avait soixante et onze ans et fut le seul des « triumvirs » qui eût fourni toute sa carrière.

Messieurs, lorsque j'ai commencé pour vous cet éloge du professeur Verneuil, je savais le maître éminent qu'il fut et son rôle dans notre science contemporaine; je connaissais aussi son infinie bonté et les rares qualités de son cœur, mais j'ignorais à peu près son origine et sa vie intime. A mesure que j'assemblais les renseignements, recueillant les témoignages et lisant les correspondances, ma vénération a grandi encore, et j'ai voulu vous montrer, sans réticence et sans fausse pudeur, dans quelle condition douloureuse se fit sa croissance intellectuelle. Privé de son père dès le berceau, abandonné à des mains mercenaires, ballotté sans guide des ignorances de la campagne aux exemples dangereux de la ville, de la sottise d'un instituteur à l'ivrognerie d'un précepteur, sans instruction solide, sans culture, presque sans éducation, Verneuil, au seul contact de deux esprits d'élite, a puisé, dans des réserves inconnues, la force de se discipliner et d'apprendre ; il s'est fait grand chirurgien à travers des catastrophes qui eussent brisé les énergies les mieux trempées ; il a su accomplir ce prodige sans y perdre sa dignité et sans y prendre orgueil démesuré, amertume ou dégoût ; enfin, et par surcroît, il a trouvé le temps d'être bon, plein de pitié, ouvert à toutes les compassions. Les pessimistes ont tort : une humanité n'est pas méprisable qui nous fournit de tels exemples.

Prix décernés en 1896.

Prix Laborie. Avec 1,000 francs, à M. Lenoir, interne des hôpitaux de Paris, pour son mémoire *sur la chirurgie de l'apophyse mastoïde et de la caisse du tympan.*

Encouragement de 200 francs à M. le Dr Jayle, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour son mémoire *sur les accidents consécutifs à la castration vaginale ou abdominale chez la femme.*

L'attribution du prix Duval est réservée à une époque ultérieure.

Prix à décerner en 1897.

Prix Duval (300 fr.). — *A l'auteur* (ancien interne titulaire des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) *de la meilleure thèse de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1897.* — Le prix ne peut être partagé.

Prix Laborie (1,200 fr.). — *A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.*

Prix Gerdy (2,000 fr.). — Question : *De l'intervention chirurgicale dans les sténoses du pylore.*

Prix Demarquay (700 fr.). — Question : *Des opérations pratiquées par la voie sacrée; indications; résultats; manuel opératoire.*

Prix Ricord (300 fr.). — *A l'auteur d'un mémoire de chirurgie publié dans le courant des années 1896-1897, ou d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre Société.*

Prix à décerner en 1898.

Prix Duval (300 fr.). — *A l'auteur* (ancien interne titulaire des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) *de la meilleure thèse de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1897.* — Le prix ne peut être partagé.

Prix Laborie (1,200 fr.). — *A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.*

Les travaux des concurrents doivent être adressés au secrétaire général de la Société de chirurgie, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre 1897.

Les manuscrits destinés au prix Ricord peuvent être signés. Pour les prix Laborie, Gerdy et Demarquay, ils seront anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Séance du 6 janvier 1897.

Présidence de M. Ch. Monod.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

Rapports.

I. — *Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu à blanc* (cartouche modèle 1886 de la carabine de cavalerie). *Laparotomie. Guérison ;* observations et expériences par M. Chupin, médecin-chef de l'hôpital militaire de Batna.

Rapport par M. P. MICHAUX.

J'ai à vous rendre compte d'une intéressante observation qui vous a été adressée par le Dr Chupin, médecin-chef de l'hôpital militaire de Batna :

Le 20 juin 1896, un brigadier indigène du 3e régiment de spahis se tire, dans l'abdomen, un coup de carabine Lebel chargée à blanc. L'arme avait été saisie de la main droite dont le pouce avait fait partir la gâchette, le canon étant appuyé obliquement sur le flanc gauche.

Le blessé perdant beaucoup de sang est immédiatement transporté à l'hôpital où le docteur Chupin procède de suite à l'examen de la blessure. Les vêtements sont troués et le boîtier de la montre écorné au niveau de la charnière. La blessure occupe sensiblement le milieu du flanc gauche, elle a les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. Le coup se dirige de dedans en dehors, de droite à gauche et un peu de haut en bas. Les bords de la plaie sont déchiquetés, noirâtres et brûlés.

Après nettoyage soigné de la région, une exploration très prudente

de la plaie, faite avec une sonde flambée, ne laisse aucun doute sur la pénétration péritonéale et l'existence d'une fracture de la crête iliaque, à 4 ou 5 centimètres de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Il y a de l'emphysème manifeste de la paroi.

M. Chupin, craignant une lésion intestinale, pratique séance tenante la laparotomie latérale. Les plans musculaires sont réduits en bouillie, la plaie est remplie de poussière de carton et de débris d'étoffe. Le péritoine est déchiré. Un examen attentif montre qu'il n'y a pas de lésion appréciable du gros intestin. — Mèche de gaze iodoformée et suture de la paroi. Opium à l'intérieur. Diète.

Suites des plus satisfaisantes. Guérison complète au bout de deux mois.

Telle est, en résumé, l'intéressante observation de M. Chupin.

Nous ne pouvons qu'approuver la prompte décision qui a conduit notre confrère de l'armée à pratiquer immédiatement la laparotomie exploratrice. Le succès qui a couronné cette intervention vient donc confirmer l'excellence de cette doctrine thérapeutique. Il n'y avait pas de lésion intestinale, mais cette lésion était possible et l'intervention seule permettait d'y porter remède immédiatement.

Je n'insisterai pas plus longuement sur ce côté de l'observation et j'arrive de suite au point plus particulièrement intéressant de cette observation, savoir que cette plaie pénétrante de l'abdomen a été produite par une cartouche à blanc de la carabine Lebel de cavalerie. Les faits de ce genre, bien que signalés à plusieurs reprises dans les Archives de médecine militaire, ne sont pas très nombreux et méritent d'être relevés avec soin.

Je passerai rapidement sur quatre cas de tétanos dont trois cas mortels observés en 1893 par MM. Caillet, Warin, Weil et Dumayne, sur une fracture de la mâchoire produite par une cartouche à blanc du fusil Lebel, à une distance de 20 centimètres [observation de M. le Dr Dupeyron (*Arch. méd. militaires*) 1895, t. XXV] pour m'arrêter plus longuement sur une observation de M. Bergasse, publiée dans le tome XXVII des mêmes Archives, au commencement de l'année 1896.

Le 31 mai 1895, au cours d'un exercice de service en campagne, au voisinage de Valence, un hussard en tête d'une patrouille, est surpris et fait prisonnier par un brigadier embusqué à pied derrière un mur. Une pression inconsciente et un mouvement irréfléchi lui font appuyer sur la détente et le coup de la carabine chargée à blanc éclate à 40 centimètres environ de la poitrine du cavalier ennemi. Celui-ci s'affaisse sur son cheval en poussant un gémissement, on le dépose à terre, il pousse quelques plaintes, perd connaissance et meurt un quart d'heure après.

A l'autopsie, on trouve une déchirure du lobe gauche du foie qui présentait un foyer de bouillie sanglante, du volume du poing, et des craquelures multiples du bord antérieur du foie. Une recherche attentive ne révèle aucun projectile, seulement quelques débris de la balle de carton qui termine la cartouche à blanc.

Ce fait malheureux vient donc démontrer toute la gravité de ces projectiles à blanc aux petites distances.

Pour démontrer le danger de ces coups de feu à blanc, M. le Dr Chupin a fait, sur le cadavre, quelques expériences que je demande la permission de vous rapporter brièvement et que je diviserai en deux catégories pour en mieux apprécier les résultats :

1° Coups de feu à blanc avec la carabine de cavalerie tirés à courte distance sur l'abdomen ;

2° Coups de feu à blanc de la même arme, tirés sur d'autres régions : région sternale, œil.

Quatre expériences portent sur la région abdominale. Dans les trois premières, la cartouche est munie de sa balle de carton :

Première expérience (à bout portant, dans le flanc gauche). — Ouverture de 2 centimètres dans la paroi. Le péritoine déchiré fait hernie à travers la plaie. L'intestin est indemne.

Deuxième expérience (à 10 centimètres). — Mêmes lésions de la paroi. Sur l'épiploon, on trouve des morceaux de carton. L'intestin est indemne.

Troisième expérience (à 25 centimètres). — Direction de l'arme normale. Foyer intramusculaire considérable. Nombreux débris de carton incrustés. Péritoine indemne.

Enfin, dans la quatrième expérience, on a tiré à bout portant sur la région hépatique avec une cartouche sans bourre.

Le pourtour de la plaie est noirci, brûlé, incrusté de débris de poudre. Petite perforation du péritoine. La face convexe du foie présente elle-même une plaie étoilée, profonde d'un centimètre et demi.

Les deux dernières expériences ne sont pas moins intéressantes :

Dans un coup de feu à bout portant sur la région sternale, M. Chupin a trouvé une perforation du sternum de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, une perforation du poumon droit, profonde de trois centimètres, le péricarde ouvert et une plaie pénétrante de 3 centimètres de long, portant sur l'oreillette droite.

Enfin, à une distance de 2 mètres, un coup de feu dirigé sur

l'œil du cadavre, a montré des débris de carton à la surface de la paupière. La cornée ne présentait pas de lésion apparente.

En résumé, l'observation et les très intéressantes expériences de M. le Dr Chupin viennent démontrer une fois de plus les graves dangers des cartouches à blanc tirées à très petites distances, particulièrement dans les cas où les gaz explosifs rencontrent une surface osseuse comme dans la région sternale ou iliaque.

Si l'intestin, dans le cas observé et dans les expériences tentées, a échappé à la lésion, on est en droit de se demander s'il en serait ainsi dans d'autres conditions de plénitude ou de direction ; le foie et la rate ne semblent pas à l'abri de graves lésions et il est bon de faire connaître ces faits pour permettre de les mieux éviter en insistant plus encore sur les précautions réglementaires.

Discussion.

M. Robert. — Des expériences nombreuses ont été faites par les médecins militaires pour établir l'étendue des lésions faites par les cartouches « à blanc ». Ils ont vu que les désordres considérables produits par ces cartouches étaient imputables à deux facteurs :

1° La balle de ces cartouches, fausse balle en carton, est réduite par le fait même de sa projection en fragments extrêmement ténus qui représentent une gerbe de petits projectiles. Cette fragmentation de la balle de carton est due à la vitesse initiale de la projection qui est énorme (beaucoup plus considérable que la vitesse initiale imprimée à un véritable projectile) et que des expériences faites par M. Hannequin, permettent d'évaluer à 700 mètres par seconde. Cette vitesse initiale est due à la qualité spéciale d'une poudre à grains fins, employée pour ces cartouches.

2° Cette poudre a encore un autre effet, c'est de produire une expansion gazeuse très grande.

Cette expansion produit une série de filets, de colonnes gazeuses qui suivent le projectile fragmenté et pénètrent avec lui les tissus qu'à une faible distance elles criblent et dilacèrent.

La force de ces cartouches à blanc est telle, qu'en tirant avec elles sur des planches placées à faible distance, on produit des dégâts analogues à ceux que l'on obtiendrait en se servant d'une cartouche de dynamite.

M. Monod. — Ces cartouches n'étant pas utilisées en temps de guerre, je me demande quelle est l'utilité des expériences dont on vient de nous entretenir.

M. Robert. — Dans les exercices, dans les manœuvres straté-

giques où il est nécessaire de simuler des coups de feu, ces cartouches sont employées.

M. Michaux. — Le travail de M. Chupin me paraît avoir un intérêt considérable. Il démontre que ces cartouches ne sont pas inoffensives ainsi qu'on pourrait se l'imaginer, et la publication de ce travail aurait déjà un résultat si elle empêchait un homme de se tirer à lui-même ou de tirer sur son voisin un coup de fusil à bout portant avec une cartouche à blanc, dans la conviction qu'il ne peut s'en suivre aucun mal.

II. — *Cas d'anévrysme cirsoïde de la région temporale, traité par l'extirpation unie à la ligature de la carotide externe*, par M. Roux de Brignolles.

Rapport par M. NÉLATON.

Messieurs, j'ai été chargé, il y a longtemps déjà (juillet 1894), de vous faire un rapport sur une communication de M. Roux de Brignolles, qui a trait à un anévrysme cirsoïde de la région temporale. Si je ne me suis pas plus vite acquitté de ma mission, c'est que cette communication bat en brèche une théorie de l'anévrysme cirsoïde établie par M. Terrier, dans un mémoire publié ici même en 1890.

Les observations de M. Terrier m'ont laissé absolument convaincu, et comme l'observation de M. Roux pouvait laisser quelques doutes dans l'appréciation des faits, je ne me suis point pressé de porter devant vous l'analyse de cette observation. Cependant, les résultats de l'intervention faite par M. Roux se sont aujourd'hui confirmés. Des phénomènes nouveaux sont survenus chez son malade; ils sont d'une interprétation difficile, si on veut s'en tenir à la doctrine de M. Terrier, et il me paraît certain que l'observation que je vais vous soumettre mérite de retenir quelque temps votre attention.

Vous vous rappelez que M. Terrier, dans la communication qu'il nous fit en 1890, établissait définitivement une idée déjà vieille, mais non démontrée, à savoir que l'anévrysme cirsoïde devait être considéré comme un anévrysme artéro-veineux, succédant à un traumatisme ou à un naevus. Dans l'un et l'autre cas, M. Terrier montrait qu'il suffisait d'enlever le point de communication des deux ordres de vaisseaux pour voir s'affaisser les dilatations serpentines afférentes et efférentes au point de jonction. M. Terrier fournissait des résultats opératoires corroborant cette doctrine, et quelques-uns

de nos collègues, ainsi que moi-même, avons eu l'occasion de le vérifier.

M. Roux de Brignolles nous ramène en arrière et reprend les anciennes doctrines :

« Ne faut-il pas, pour expliquer la dilatation cirsoïde, invoquer la paralysie vaso-motrice de Rokitansky ? les altérations vasculaires inflammatoires de Billroth, ou s'adresser à l'hypothèse d'une néoformation vasculaire ?

« Il y a là une question que je ne puis résoudre, dit-il, bien que les lésions vasculaires et les phénomènes actuels puissent donner quelque valeur à la théorie nerveuse. »

En tout cas, M. Roux n'a point constaté la communication artéro-veineuse dans son examen anatomo-pathologique et ne l'admet point. Sa communication et son observation nous conduisent donc à une thérapeutique qui est absolument opposée à ce que je pensais définitivement établi par M. Terrier. Voilà en quoi cette observation est fort intéressante.

Observation. — M. Roux eut à soigner, au mois de mars 1894, un garçon de 22 ans qui portait une tumeur cirsoïde volumineuse de la région temporale droite.

Cette tumeur, qui présentait d'ailleurs tous les symptômes classiques des tumeurs cirsoïdes, tumeur pulsatile, thryll, souffle continu à renforcement, etc., s'était développée depuis l'âge de 6 ans. Ce garçon était tombé de sa hauteur et la tête avait porté contre l'angle d'un trottoir. Presque aussitôt, la tumeur s'était développée et avait acquis un volume à peu près égal à celui qu'elle présentait en mars 1894. Néanmoins, le malade ne s'en serait point inquiété si des hémorrhagies n'étaient survenues en février 1894. C'est à la suite de ces hémorrhagies qu'il vint consulter le chirurgien.

Au moment où M. Roux l'examinait, ce garçon présentait, outre cette tumeur cirsoïde temporale, une dilatation anévrysmale placée sur le trajet de la temporale superficielle droite, du volume d'une noisette, et des dilatations serpentines sur les régions frontale et sous orbitaires droites. De plus, et j'insiste particulièrement sur les deux faits suivants :

1° Au niveau de la pommette *gauche*, au-dessus du sourcil et dans la région temporale *gauche*, on trouvait de petites dilatations artérielles.

2° L'auscultation de l'œil droit laissait entendre un souffle continu avec renforcement, « preuve de la communication de la tumeur avec la circulation intra-cranienne (ophtalmique et ses branches) », nous dit M. Roux.

M. Roux fit, le 1er avril 1894, l'ablation de la tumeur cirsoïde temporale en la circonscrivant par une incision elliptique. Il l'enleva et mit à découvert l'aponévrose du temporal qui était saine, puis, après liga-

ture de quatres grosses branches artérielles, il sutura la plaie aux crins de Florence. Cette opération avait été précédée de la ligature de la carotide externe du côté correspondant. Au bout de 15 jours, tout était guéri et les diverses dilatations signalées plus haut, du côté droit, étaient affaissées. Le seul phénomène à signaler, c'est que l'auscultation de l'œil droit laissait toujours percevoir un souffle continu à renforcement.

Mais, voilà que le malade, revu au mois de juillet de la même année, présente une dilatation énorme de ses vaisseaux du côté gauche, et des dilatations serpentines égales en volume à celles qui ont disparu à droite. Elles sont placées dans les régions frontales et temporales gauches, présentent un souffle continu à renforcement, donnent le phénomène de thryll et donnent naissance à un bruit de rouet insupportable au malade ; l'auscultation de l'œil gauche donne, elle aussi, un souffle continu à renforcement. Or, cet état de choses s'est maintenu, en augmentant, jusqu'à ce jour.

M. Roux m'écrit : le côté droit reste complètement guéri, le côté gauche est aussi malade qne l'était autrefois le côté droit.

M. Roux, qui a examiné histologiquement la pièce enlevée dans son opération, déclare qu'il n'y avait point de communication artério-veineuse traumatique siégeant sur un point limité, non plus que de naevus établissant cette communication entre les deux ordres de vaisseaux.

« En résumé, nous dit-il, le fait capital est l'existence, dans les vaisseaux de moyen et de petit calibre, comme dans l'artère principale, d'un peu de périartérite et de beaucoup d'endartérite... »

L'énorme allongement des capillaires et l'absence de communication directe entre les artères et les veines, nous mettent en droit de conclure à une tumeur cirsoïde constituée par un amas de vaisseaux artériels et veineux ayant une paroi modifiée dans sa couche interne, mais très reconnaissable au microscope, les capillaires dilatés servant d'intermédiaires entre les artérioles et les veinules. »

M. Roux conclut donc à l'existence d'une maladie inflammatoire, portant sur le réseau capillaire, que son opération (ablation de la tumeur temporale et ligature de la carotide externe) aurait guéri du côté droit sans empêcher la même maladie d'évoluer et d'augmenter du côté gauche.

Or, cette observation me paraît d'une interprétation difficile. Si on admet, avec M. Roux, une maladie portant sur le réseau capillaire de la face, comment expliquer que cette maladie ait été guérie dans tout le segment droit de ce réseau par une ablation limitée à la tumeur temporale, les autres dilatations s'étant affaissées aussitôt après cette intervention.

Peut-être M. Roux nous dira-t-il que cette guérison a été due, non seulement à la disparition de la tumeur temporale, mais aussi à la ligature de la carotide externe du côté correspondant.

La chose est possible mais ne paraît pas évidente.

D'autre part, on pourrait en rester à la théorie de M. Terrier et dire : mais, M. Roux n'a enlevé qu'une tumeur symptomatique, il n'a point atteint le point où s'établissait la communication artéro veineuse, et s'il a réussi à débarrasser le malade d'une dilatation symptomatique, il a laissé la cause du mal probablement plus profondément située qui a reproduit ultérieurement ses effets par des manifestations nouvelles.

Cette explication est, elle aussi, passible d'objections et on peut se demander : comment il se fait alors que la récidive ne se soit point reproduite sur le même territoire vasculaire, qu'au contraire, elle ait sauté de droite à gauche. Comment se fait-il enfin que la communication intra-cranienne, dont témoignait l'auscultation de l'œil droit, se révèle maintenant à gauche par un bruit de rouet.

Il y a là des phénomènes d'une physiologie pathologique fort difficile, que je me garderai d'essayer d'expliquer sans connaître le malade. Je me borne donc à vous rapporter le fait, que je crois intéressant, et à vous montrer que les phénomènes qu'il nous offre ne sont pas en rapport avec ce que nous sommes habitués à connaître.

En tout cas, je pense qu'il ne s'agit là que d'une exception que M. Roux a sagement traitée par la ligature de la carotide externe, mais que ce traitement et ce cas ne doivent pas sortir du cadre des exceptions.

Discussion.

M. Quénu. — Je connais d'autant plus le mémoire de M. Terrier que j'ai vu ses malades et que les préparations histologiques de M. Malassez m'ont été communiquées et figurent à l'article Angiome dans le *Traité de chirurgie*. Je ne pense pas que M. Terrier ait jamais dit que tous les anévrysmes cirsoïdes sont dus à une communication entre deux troncs artériel et veineux. De l'identité des symptômes et des lésions observées dans deux cas, l'un d'anévrysme cirsoïde vrai, l'autre de communication artério-veineuse, M. Terrier a conclu (et je suis arrivé à la même conclusion que lui) que ce qui domine l'histoire des anévrysmes cirsoïdes, c'est la communication facile entre les artères et les veines, mais nous admettons que cette communication peut s'établir de diverses manières, tantôt entre les troncs ou troncules, tantôt à la périphérie, par les capillaires dilatés et enflammés. Quant au traitement institué par M. Roux, je ne conçois pas qu'il ait été pratiquer une ligature préalable de la carotide externe.

D'une part, cette ligature, faite d'un seul côté, est impuissante à faire l'hémostase ; d'autre part, elle est inutile, car on peut, pour l'hémostase préventive, se servir, comme je l'ai conseillé le

premier, et comme cela a été fait chez le malade de M. Terrier, d'un tube en caoutchouc placé en couronne autour de la tête, au-dessus des oreilles.

III. — *Sur un cas de luxation traumatique de l'extrémité supérieure du radius droit datant de cinq mois avec fracture du cubitus vicieusement consolidé. Troubles fonctionnels. **Résection** de la tête radiale, rétablissement des fonctions du membre,* par le Dr Chevassu, médecin-major de première classe de l'armée.

Rapport par M. SCHWARTZ.

M. Chevassu nous a présenté, il y a quelques mois, un blessé dont voici rapidement l'observation :

Cet homme, âgé de 20 ans, reçoit, le 28 juillet 1895, sur l'avant-bras droit fléchi avec pronation, un coup de pied de cheval, qui fracture le cubitus au niveau du tiers moyen, et détermine, dit notre confrère, une luxation de l'extrémité supérieure du radius en avant qui passe inaperçue.

Le blessé est simplement traité par l'application d'un appareil plâtré qu'on enlève au bout de cinq semaines. Mais, comme il ne peut se servir de son avant-bras, il vient à Paris où on voit la luxation qu'on essaye en vain de réduire sous le chloroforme. Incorporé au mois de novembre, X est immédiatement envoyé à l'hôpital. M. le Dr Chevassu constate au niveau du tiers moyen du cubitus l'existence d'un cal volumineux qui efface l'espace interosseux, les mouvements de pronation et de supination ne sont cependant pas abolis, mais atténués, et donnent lieu à des craquements et à des frottements caractéristiques.

On constate, d'autre part, au pli du coude, une saillie fort nette formée par la tête du radius déplacée qui roule sous le doigt quand l'on fait exécuter la pronation et la supination ; malgré ce déplacement, les apophyses styloïdes des deux os de l'avant-bras ont conservé leurs rapports respectifs, le raccourcissement dû à la fracture corrigeant celui dû à la luxation. Atrophie des muscles de l'avant-bras et du bras droit. Gêne fonctionnelle notable.

L'extension se fait à peu près complètement, mais la flexion n'atteint même pas l'angle droit. Les mouvements de pronation et de supination sont limités et, au moindre effort pour les accentuer, le coude devient douloureux et il se produit des fourmillements incommodes sur les faces dorsales du pouce et de l'index. L'incapacité de travail est absolue, M. Chevassu proposa une intervention qui fut acceptée. Elle consista dans la résection de la tête radiale. Huit jours après la réunion était parfaite ; on commence la mobilisation et, trois mois après, le résultat fonctionnel obtenu est très bon. L'extension est normale, la flexion est à peu près aussi complète que du côté sain ; l'amplitude des mouvements de pronation et de supination a augmenté notablement ;

les fourmillements et les douleurs ont disparu ; enfin, le blessé peut se servir de ses bras comme avant l'accident et supporte à bras tendu un poids de 12 kilogrammes.

L'observation de M. le D. Chevassu présente deux points intéressants : la lésion en elle-même, le traitement qui a été appliqué pour y remédier.

Presque toujours, comme l'avait déjà montré Malgaigne, la luxation isolée du radius en avant dans l'articulation radiocubito-humérale est connexe d'une fracture du corps du cubitus, soit au tiers moyen, soit à la partie supérieure.

Le traumatisme direct violent qui intervient et agit sur le squelette de l'avant-bras, brise le corps du cubitus fortement enclavé au niveau du coude et luxe du même coup le radius en déchirant le solide ligament annulaire et les fibres du ligament antérieur; les expériences de Grenier (*Thèse de Paris*, 1878, n° 293); celles de Dörflen (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. XXIII, p. 338-361), rapportées par Stanciulescu (*Thèse de Paris*, 1890) montrent la réalité et la fréquence de ce mécanisme. Presque toujours la luxation se fait en même temps que la fracture, et si elle est méconnue comme dans le cas de notre confrère, c'est souvent à cause du gonflement considérable des parties molles de l'avant-bras et du coude.

Toutefois, la luxation peut être secondaire, soit immédiatement, ce qui me paraît devoir encore être démontré malgré les affirmations de Stanciulescu qui ne reposent sur aucune observation, soit tardivement, par suite du déplacement du radius par le cal exubérant du cubitus ou la contraction et la rétraction musculaire.

L'on peut se demander dans l'observation du Dr Chevassu si la luxation primitive ou immédiate a été méconnue ou si, au contraire, elle s'est produite secondairement.

Il est possible que la première hypothèse soit la vraie, toutefois il faut faire remarquer qu'il existait, d'après l'observation, un cal exubérant du cubitus qui donnait lieu, sur les mouvements de pronation et de supination, à des frottements; peut-être ce cal, s'il n'a pas été la cause productive du déplacement, n'a-t-il pas été étranger à l'impossibilité de réintégrer la tête radiale à sa place sous le chloroforme?

Au point de vue du traitement, il nous semble que toutes les fois que le traumatisme sera récent, s'il coexiste une fracture du cubitus avec une luxation de l'extrémité supérieure du radius en avant, il faut tenter la réduction sous chloroforme et immobiliser le coude dans une attitude convenable, un peu plus fléchi qu'à angle droit. Si la lésion est ancienne, la réduction est générale-

ment impossible. En dehors du traitement à appliquer à la fracture vicieusement consolidée du cubitus, il faudra alors s'attaquer directement au déplacement radial, soit par l'arthrotomie, soit par la résection.

L'arthrotomie, dans un fait de Springel, suffit à permettre la réduction et à la maintenir une fois qu'on eut enlevé un morceau de capsule interposé entre le cubitus et la tête du radius. La résection sera le plus souvent de mise et permettra la flexion immédiate du membre et sa mobilisation consécutive.

Le résultat obtenu par notre confrère, celui que nous indique Stanciulescu dans sa thèse et qui concerne un fait de notre confrère Gérard-Marchant, confirment absolument cette manière de voir. Nous venons nous-même de la corroborer par un cas que la complexité éloigne de ceux que nous venons de vous signaler et que nous publierons plus tard.

En terminant, je vous propose d'adresser des remerciements à notre confrère le Dr Chevassu et de déposer son mémoire dans nos Archives.

IV. — *Pseudarthrose consécutive à une fracture de jambe compliquée de plaie*, par M. le Dr Ferraton, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Rapport par M. PICQUÉ.

Messieurs, vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur un cas de pseudarthrose qui vous a été présenté par notre collègue de l'armée, M. Ferraton.

Je vous présenterai d'abord le résumé très succint de la très longue observation qui vous a été remise.

Il s'agit dun homme de 25 ans atteint d'une fracture des deux os de la jambe, au niveau du tiers inférieur, avec issue d'un fragment tibial au travers d'une vaste plaie.

Il fut procédé de suite à l'extraction de petites esquilles et à la toilette de la fracture. Mais néanmoins, le foyer suppura pendant un mois et demi et il persista à ce niveau une fistule pendant trois mois environ : au bout de ce temps, la plaie s'obtura d'une manière définitive.

Au bout de huit mois, et c'est là le point intéressant, en dépit d'une immobilisation prolongée dans divers appareils, la fracture n'était pas consolidée.

A l'inspection du membre, on constate un raccourcissement de 3 centimètres; il existe une atrophie extrême des muscles et une ankylose presque totale du genou dans la rectitude et de l'articulation tibio-tarsienne dans la flexion. L'impotence fonctionnelle est absolue.

L'intervention, pratiquée par M. Ferraton huit mois après l'accident,

démontre l'existence d'un cal fibreux très étroit recouvrant les deux fragments du tibia. Ces deux fragments, taillés en biseau, chevauchent, l'interne en bas et en dedans, l'externe en haut et en dehors.

Le cal fut reséqué ; à la face profonde du foyer de fracture, on trouve le périoste épaissi et recouvert d'un tapis de granulations. Les extrémités osseuses sont dégagées, mais il est impossible de réduire le chevauchement. C'est alors que M. Ferraton pratique un avivement en escalier. La coaptation se fait alors très aisément ; elle est maintenue à l'aide d'une double suture osseuse au fil d'argent. La fermeture est suturée à la soie.

Les fragments du péroné chevauchent et sont absolument indépendants l'un de l'autre. Les deux extrémités sont réséquées et suturées au fil d'argent. Le membre est ensuite immobilisé dans une gouttière en zinc de Delorme ; un mois et demi après, le cal était solide.

Actuellement, c'est-à-dire quinze mois après l'opération, le membre a toute sa solidité ; les muscles ont repris en partie leur volume ; le genou et le cou-de-pied font des mouvements étendus. L'état fonctionnel est bon ; le sujet marche de longues heures sans douleur ni fatigue ; il court, muni d'une bottine à semelle épaisse, il ne boîte point.

Messieurs, le fait que je viens de vous rapporter est, en vérité, de pratique courante, et si j'ai retenu votre attention sur lui pendant quelques instants, c'est que je crois qu'il est de notre devoir d'enregistrer tous les faits qui nous sont présentés, lorsqu'ils ont été bien observés et ont conduit à une pratique rationnelle.

Ils peuvent, d'autre part nous amener à quelques réflexions intéressantes.

M. Ferraton croit, en effet, que la pseudarthrose est la conséquence de la suppuration du foyer de fracture.

C'est, en effet, là une des causes fréquentes de la non-consolidation des fractures, mais nous ne voyons pas cependant signaler par l'auteur l'existence de nécrose ayant pu faire obstacle à la formation du cal et, tout en tenant compte de la présence de granulations à la face profonde du périoste, je crois que si le foyer de fracture a réellement suppuré, cette suppuration n'a été que très limitée, et je crois bien plutôt, pour expliquer ces accidents à l'insuffisance de la réduction des fragments et de la coaptation.

Cette fracture n'avait, en réalité, pas été réduite et il est probable que les circonstances dans lesquelles s'est produite la fracture ont empêché l'application d'appareils à extension ou suffisamment contenteurs.

C'est, en effet, là un point sur lequel on ne saurait trop insister pour éviter la production des pseudarthroses dans les cas où il n'existe pas d'interposition musculaire ou aponévrotique, cause ordinaire de cette complication.

Je vous signale, en terminant l'avivement en escalier pratiqué par M. Ferraton pour rapprocher les fragments, et qui lui a donné un bon résultat.

Messieurs, je vous propose : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur ;

2° De déposer son observation dans nos Archives ;

3° De l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national de la Société de chirurgie.

V. — *Anévrysme faux primitif de la partie supérieure de la jambe et de la moitié inférieure du creux poplité. Incision. Tamponnement du sac. Guérison*, par M. Hartmann.

Rapport par M. PICQUÉ.

Messieurs, vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation qui nous a été présentée par notre collègue M. Hartmann.

Voici d'abord le résumé de cette intéressante observation :

M. C. C..., 40 ans, cordonnier, entre le 1er avril 1896 à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Terrier, suppléé par M. Hartmann. Ce malade avait reçu, le 10 mars, deux coups de tranchet, l'un à la jambe droite, l'autre à la jambe gauche. La plaie droite saigna abondamment, fut réunie par l'interne de garde, au moyen de deux points de suture et guérit sans suppuration.

Néanmoins, la jambe était très douloureuse, particulièrement au niveau du mollet.

La flexion du cou-de-pied était une cause de douleurs vives dans la jambe. Aussi, devant la persistance des symptômes, le malade se décida-t-il à entrer à l'hôpital, vingt jours après l'accident.

L'examen pratiqué le 2 avril démontre, à droite, à la partie supérieure de la face antérieure de la jambe, l'existence d'une petite cicatrice oblique de bas en haut et de dedans en dehors.

Cette cicatrice, longue de 2 centimètres, part inférieurement de la crête tibiale et monte un peu en dehors et parallèlement à l'évasement qui constitue la tubérosité antérieure du tibia.

La partie supérieure de la jambe a augmenté de volume ; la circonférence du mollet, à ce niveau, présente 3 centimètres de plus que du côté opposé.

La peau ne présente pas d'altération, mais se soulève au niveau de la partie supérieure du mollet par des battements réguliers, synchrones au pouls. En avant, au niveau de la cicatrice antérieure, on constate de même des battements appréciables à la vue.

La palpation démontre dans la profondeur du mollet l'existence d'une

tumeur molle dépressible, présentant des battements et des mouvements d'expansion manifestes. Son point culminant est à quatre travers de doigt au-dessus du pli du jarret.

En avant, à la partie supérieure de la région jambière antérieure, on retrouve la tumeur, avec les mêmes caractères.

La compression de la fémorale amène l'affaissement complet de la tumeur et la disparition des battements.

A l'auscultation, on constate l'existence d'un souffle doux, continu, remplacé au moment de l'expansion de la poche par un souffle plus rude, se rapprochant un peu du bruit du jet de vapeur.

Tout le mollet est chaud à la main et la sensibilité a un peu diminué.

La marche est impossible.

Le 6 avril, M. Hartmann intervient de la façon suivante :

Après application d'une bande élastique montée de bas en haut sur le membre et laissée en place à la partie moyenne de la cuisse, notre collègue fait en arrière, sur la ligne médiane, une longue incision de la peau.

Les jumeaux sont écartés ; la partie supérieure du soléaire dont l'arcade dilatée et à cheval sur la tumeur est fendue.

Celle-ci, vide de sang, se présente comme un sac flasque, bleuâtre, ne contenant qu'un tout petit caillot. Sa paroi, qui a l'aspect d'une séreuse mince et lisse, se déchire à la moindre traction de la pince qui la prend. En quelque sorte libre par sa face superficielle, en rapport avec du tissu cellulaire lâche, elle se fusionne latéralement et profondément avec les tissus qui l'environnent, les muscles, les os et le ligament interosseux. L'ayant largement ouverte, M. Hartmann constate qu'elle se continue profondément par une sorte de diverticule, jusque dans la région jambière antérieure.

Passant alors à la face antérieure de la jambe, il pratique sur celle-ci une deuxième incision oblique, comme la cicatrice qui s'y trouve, décolle le jambier antérieur du tibia et tombe dans le diverticule antérieur de la poche. Sur la paroi existe une sorte de fente elliptique qui paraît à M. Hartmann en communication avec un vaisseau, probablement, dit-il, la tibiale antérieure.

Un stylet engagé par la fente pénètre manifestement dans un canal.

M. Hartmann ferme la fente elliptique par la pose de trois pinces de Kocher et enlève la bande élastique laissée à demeure sur la cuisse.

Le sac se remplit alors de sang.

Avec un doigt introduit dans l'angle supérieur de la plaie postérieure, notre collègue comprime la poplitée, compression qui arrête l'hémorrhagie, laquelle reparaît dès que le doigt est soulevé, sans qu'il soit possible d'arriver à déterminer d'où vient le sang.

M. Hartmann renonçant, à cause de la gangrène inévitable à pratiquer la ligature de la poplitée en ce point, c'est-à-dire dans la moitié inférieure du creux poplité, se contente de bourrer, en avant et en arrière, les plaies avec des morceaux d'amadou iodoformé. La bande élastique avait été replacée pour arrêter tout écoulement sanguin.

La plaie postérieure est rétrécie par la pose de quelques crins; un pansement ouaté compressif est finalement appliqué.

Le malade est ensuite reporté dans son lit, le membre presque verticalement placé. C'est alors seulement que la bande élastique est définitivement enlevée.

Les suites opératoires furent très simples, la température resta constamment normale; le 13 avril, le plus grand nombre de morceaux d'amadou est enlevé; le 20 avril, les derniers morceaux d'amadou sont retirés; la plaie se ferme très rapidement, et le 24 mai, le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

J'ai tenu, messieurs, à vous reproduire en détail les points principaux de cette très intéressante observation dont le dénouement opératoire fait honneur à notre collègue.

En donnant à la variété d'anévrysme qu'il a observé, le titre d'anévrysme faux, M. Hartmann n'a fait qu'utiliser un terme jadis très en honneur, et je dois dire classique, avant les beaux travaux de Lefort sur les anévrysmes.

Sous cette dénomination, les anciens distinguaient les anévrysmes traumatiques, et l'adjectif faux n'avait d'autre but que d'indiquer que leur paroi était absente ou différait de celle de l'anévrysme spontané.

Mais ce terme a l'inconvénient de prêter à l'équivoque et de faire songer à une variété d'hémorrhagie péri-vasculaire sans sac, que Cruvelhier avait déjà désignée sous le nom d'hémorrhagie cellulaire et que notre distingué collègue Michaux a, dans un récent article, rangée définitivement dans l'histoire des plaies artérielles en la désignant sous le nom d'hématome anévrysmal primitif ou consécutif, dénomination qu'il aurait pu peut-être remplacer par celle plus simple d'hématome d'origine artériel, pour supprimer définitivement toute idée de rapport avec l'anévrysme avec lequel on a eu tort jusqu'ici de le confondre puisqu'il manque le caractère fondamental de l'anévrysme: le sac.

Si donc on admet que tout anévrysme doit posséder un sac, il s'ensuit qu'il ne peut exister d'anévrysme faux et qu'il est préférable de donner avec Lefort aux anévrysmes qui nous occupent, le nom d'anévrysmes diffus ou mieux encore celui d'anévrysmes traumatiques qui ne saurait prêter à aucune confusion.

Je pense que notre collègue Michaux dans son savant article du traité de chirurgie, aurait eu peut-être avantage à séparer cette variété importante, du groupe des hématomes anévrysmaux et d'en faire un chapitre à part à côté de l'anévrysme : seule, en effet, elle mérite de ne pas en être distraite.

Je serai heureux de voir mes collègues se prononcer définitivement sur cette question de terminologie.

Quant à la question du traitement, je ne crois pas opportun de rouvrir devant la Société de chirurgie, à propos d'un cas unique, la question du traitement des anévrysmes.

Je me bornerai à rappeler que l'anévrysme siégeait, dans le cas de M. Hartmann, à la partie inférieure de l'artère poplitée, que cette variété est la plus grave, puisque d'après les classiques les plus récents, elle ne peut guérir sans exposer presque fatalement à la gangrène.

Delbet, dans son travail de 1889, déclare qu'il ne connaît, pour ces anévrysmes inférieurs de la poplitée, aucune méthode qui mette à l'abri des accidents et qu'il ne sait pas comment il faut les traiter.

Notre collègue Hartmann a eu un beau succès opératoire par l'incision et le tamponnement, c'est-à-dire par une méthode condamnée d'une façon générale par tous les auteurs, en raison des accidents qu'elle entraîne, qui n'est excusable à leurs yeux que quand elle constitue le premier temps de l'extirpation du sac, ou qu'elles est combinée à une ligature à distance.

Je le répète, on ne peut en présence de ce cas, qu'enregistrer un beau succès opératoire, féliciter l'auteur d'avoir pris une décision favorable dans un cas où la pratique n'est pas fixée et lui demander de nous dire, après quelques années, si le résultat thérapeutique est resté définitif. Néanmoins, n'est-on pas autorisé, en présence de ce résultat, à répéter que l'antisepsie a bouleversé les anciennes formules du traitement des anévrysmes et les doctrines de physiologie pathologique sur lesquelles elles reposaient.

Messieurs, je vous propose : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur ; 2° de déposer son observation dans nos archives ; 3° de l'inscrire dans un rang très honorable sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de la Société de chirurgie.

Lecture.

M. Auvray lit une communication intitulée : *Étude expérimentale sur la résection du foie chez l'homme et chez les animaux.*

Travail renvoyé à une commission (M. Terrier, rapporteur).

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

Nélaton.

Séance du 13 janvier 1897.

Présidence de M. Ch. Monod.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Un travail de M. Buffet (d'Elbeuf), *sur une observation de kyste multiloculaire du cou* (M. Walther, rapporteur).

M. Picqué dépose : 1° une observation de M. Guinda (de Nice), intitulée : *Anus contre nature consécutif à une hernie crurale gauche gangrenée ; entérectomie ; entéroraphie avec bouton de Murphy modifié ; guérison ;* 2° une observation de M. Joseph Sourris, intitulée : *Ostéoarthrite fongueuse du tarse droit ayant envahi l'articulation tibiotarsienne ; amputation de jambe à lambeau externe* (M. Picqué, rapporteur).

Discussion sur l'intervention chirurgicale dans le cas de cancer du foie.

M. Routier. — Ma communication n'a pas d'autre but que celui de vous soumettre une formidable erreur de diagnostic que j'ai commise en 1891.

Je fus appelé en décembre 1890 à voir une dame de 50 ans qui depuis plus de dix mois souffrait du foie. Depuis trois mois, son médecin pensait à une tumeur du foie, et c'est pour cela que je fus appelé.

Après plusieurs examens, il me parut qu'il y avait dans le foie une tumeur fluctuante ; cette tumeur me sembla être plus haut que n'eût été une vésicule distendue, et je fis dans cette tumeur une ponction exploratrice, le 16 janvier 1891. Je retirai 120 grammes de pus, d'où je conclus

qu'il s'agissait d'un kyste hydatique du foie suppuré. Je remplaçai séance tenante mon trocart explorateur par le gros trocart de Bouret, pour laisser en place un gros drain.

Tout alla bien d'abord, mais ce gros drain laissait sortir peu de vésicules. La fièvre survint, qui me poussa à faire une laparotomie.

J'arrivai dans une cavité remplie de détritus que j'enlevai autant avec le doigt qu'avec une curette mousse.

Ces détritus ressemblaient à des débris d'hydatides, j'avais cependant des doutes ; le Dr Toupet, qui donnait le chloroforme et dont vous connaissez la compétence en anatomie pathologique, m'affirma que c'étaient des hydatides.

Je vidai donc cette cavité, arrêté seulement par la sensation d'une sorte de chevelu qui n'était autre que les artères, veines et vaisseaux biliaires. La malade mourut.

L'anatomie pathologique nous montra qu'il s'agissait d'un épithéliome du foie.

M. Quénu. — J'ai observé, au mois de décembre 1893, une malade d'une soixantaine d'années, cachectique, et souffrant depuis plusieurs semaines de douleurs dans l'hypochondre droit. Aucun vomissement, aucun autre trouble fonctionnel.

On trouvait par la palpation une tumeur, débordant de 14 ou 15 centimètres le rebord costal, bombée, renitente. Je pensai soit à un kyste hydatique suppuré, soit à un cancer primitif du foie ramolli. Devant l'incertitude du diagnostic et les douleurs ressenties, je proposai l'ouverture de la poche, ce qui fut accepté. Après avoir incisé la paroi abdominale, je suturai circulairement la portion saillante de la tumeur au péritoine pariétal, puis j'incisai; il s'écoula un liquide trouble, tenant en suspension des grumeaux, dont plusieurs furent recueillis. La cavité fut drainée.

La malade retira un très grand soulagement de cette opération, courte et rapide ; elle succomba aux progrès de la cachexie trois semaines après. L'examen des portions solides, fait par M. Hanot, démontra qu'il s'agissait de cellules cancéreuses du foie.

M. Ricard. — La question de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du foie a été apportée à la Société de chirurgie par M. Segond, à propos d'un fait qui lui est personnel.

A cette occasion, M. Terrier a pris la parole pour faire connaître un procédé de suture intra-hépatique, procédé dû à un chirurgien russe et permettant de faire l'extirpation des tumeurs du foie sans perte appréciable de sang, et son élève, M. Auvray, nous en fait connaître de très intéressantes expériences sur le chien.

L'hémorrhagie est, en effet, le grave danger qui rend périlleuse l'extirpation des tumeurs malignes du foie. Les procédés nouveaux et perfectionnés permettent peut-être l'extirpation de tumeurs

hépatiques non vasculaires; mais il est bon de se rappeler qu'il est au foie des tumeurs essentiellement vasculaires, dont la moindre blessure, même à l'aide d'une aiguille, peut être rapidement mortelle.

M. Terrier vous fera sans doute connaître un cas de cette nature, où une simple ponction faite au bistouri amena la mort du malade sur la table d'opération.

J'ai observé un cas de ce genre, où j'ai eu grand'peine à me rendre maître d'une hémorrhagie, à la suite d'une ponction faite à l'aide d'un trocart presque capillaire.

La difficulté, sinon l'impossibilité d'un diagnostic clinique de ces tumeurs, heureusement rares, m'autorise à vous donner, à titre de document, la relation de l'observation suivante :

Il s'agit d'une femme de 32 ans environ qui, depuis quelques mois, était atteinte de troubles dyspeptiques, avec douleurs épigastriques vagues. Elle fut soignée quelque temps pour une affection gastrique, lorsque une voussure apparut à l'épigastre.

Je fus appelé à ce moment. La voussure était manifeste, médiane et distendant le creux épigastrique; elle était du volume d'une tête fœtale, régulière, rénitente, presque fluctuante, mobile dans les mouvements respiratoires et absolument indolente. Mon diagnostic fut : kyste hydatique du foie, et aujourd'hui, après l'erreur commise, je me demande encore quel autre diagnostic aurait pu être raisonnablement porté. Pour le confirmer, je fis une ponction avec la seringue de Pravaz. Cette ponction ne donna issue à aucun liquide; mais le fait est si fréquent dans les hydatides à vésicules, l'aiguille dont je m'étais servi était de dimension si petite que mon diagnostic resta le même et que l'intervention fut résolue.

Je pratiquai la laparotomie avec l'aide de deux de mes internes. L'abdomen ouvert, la tumeur hépatique apparut de suite, telle que nous nous la représentions comme forme et comme dimension. Mais, au lieu de voir l'enveloppe plus ou moins translucide d'un kyste hydatique, c'était du tissu hépatique, de coloration légèrement violacée. De plus, la grosseur, au lieu de dédoubler le bord tranchant du foie, le surplombait en le respectant, fait insolite dans le cas de distension du foie par une tumeur parasitaire.

Je pratiquai au point culminant de la tumeur une ponction à l'aide du petit trocart de l'appareil Potain. Un jet de sang noir en sortit, comme si la pointe de l'instrument eût pénétré dans un énorme vaisseau veineux. Je relevai la pointe de l'instrument de quelques centimètres et l'enfonçai dans une autre direction. Ce résultat fut le même : un véritable jet de sang sortit par ma canule. Je retirai alors le trocart, décidé à ne point pousser plus loin mon exploration; mais mon orifice de ponction saigna d'une façon aussi inquiétante que prolongée. J'essayai de la fermer par des sutures de Lembert; mais les orifices créés par l'aiguille donnèrent lieu à la même hémorrhagie, et je ne

pus m'en rendre maître que par une cautérisation ignée, faite au rouge sombre, et une compression qui dût être maintenue pendant plus de vingt minutes, non sans une certaine inquiétude.

Je pus enfin, l'hémorrhagie arrêtée, refermer l'abdomen. Les suites opératoires furent très simples, sauf quelques douleurs abdominales vives pendant les premières heures. Les fils furent retirés vers le dixième jour. La malade alla bien pendant six semaines, se croyant guérie. Malheureusement, les phénomènes ne tardèrent pas à s'aggraver; la tumeur augmenta de volume, doubla presque en quelques semaines; un épanchement hémorrhagique survint, nécessitant plusieurs ponctions. Les membres inférieurs devinrent œdémateux, la cachexie fit de rapides progrès et la malade s'éteignit quatre mois et demi après l'intervention.

Cette opération avait eu lieu sur une malade de la ville et l'autopsie ne put malheureusement pas être faite ; mais l'évolution rapide du mal, son mode de terminaison ne laissent aucun doute sur la nature maligne de la tumeur hépatique et permettent de penser à un *sarcome vasculaire.*

J'ai tenu à rapporter cette observation, non pas pour m'inscrire contre l'extirpation des tumeurs hépatiques d'une façon générale, mais pour attirer l'attention sur ces tumeurs exceptionnelles, dont l'exérèse ne me paraît pas pouvoir être tentée.

Communications.

1° *Contribution à l'étude de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein* (15 opérations personnelles).

Par M. TUFFIER.

Nous avons longtemps vécu sur l'idée erronée que la tuberculose du rein, justiciable de la chirurgie, était toujours secondaire ou bilatérale et comme telle peu accessible à nos interventions. Peu à peu nous sommes revenus de cette formule un peu absolue basée sur des constatations nécroscopiques et nous admettons actuellement une tuberculose primitive du rein, en opposition avec l'infection secondaire. L'examen méthodique de la vessie, les éléments de diagnostic plus précis que nous possédons actuellement, enfin les résultats opératoires ne semblent plus laisser de doute à cet égard. Il existe une tuberculose rénale primitive unilatérale et susceptible de rester telle pendant longtemps. Alors que la tuberculose rénale était regardée comme secondaire à une lésion génitale ou urinaire inférieure, elle nécessitait déjà nos interventions,

la notion de la bacillose primitive du rein étend encore le champ de ces indications. Toutefois ce sont surtout *les accidents provoqués par cette tuberculose* bien plus que la prétention de supprimer un foyer de généralisation qui devait nous conduire à l'attaquer. Je me suis trouvé dans la nécessité d'intervenir quinze fois dans ces circonstances, sur 152 opérations rénales que j'ai pratiquées actuellement. Ces cas ne sont donc pas très rares puisqu'ils constituent le dixième de ma pratique chirurgicale du rein. Mes premières opérations datent de huit ans, et comme j'ai pu suivre mes opérés je viens simplement vous donner le résultat de ma statistique personnelle intégrale au point de vue opératoire et thérapeutique, c'est donc une simple contribution à l'étude de cette importante question de chirurgie.

Je commence par bien déclarer que je considère l'intervention opératoire en matière de tuberculose comme une dernière ressource à laquelle on est conduit par l'échec d'une thérapeutique médicale longtemps poursuivie et je regarde également notre intervention seulement justifiée par des accidents qui mettent le malade porteur de cette tuberculose en état d'infériorité, c'est-à-dire par des accidents qui altèrent la santé générale et diminuent sa résistance physiologique.

De même étant obligé de me limiter, je ne puis discuter ici la question fort intéressante et si fréquemment posée et si délicate du point où l'on doit attaquer la tuberculose quand le rein et la vessie sont en cause. C'est la clinique qui doit nous guider en nous montrant si les accidents graves et menaçants tiennent à la lésion vésicale ou à l'infection des reins. Je n'ai rencontré de difficulté réelle dans la solution de ce problème qu'une seule fois. Dans tous les autres cas l'indication ou la contre-indication opératoire se posait nettement. Enfin je laisse de côté le diagnostic de la bilatéralité des lésions, c'est la question qui se pose au seuil de toutes les questions de chirurgie rénale et elle rentre dans le cadre général.

Ces réserves faites les accidents qui ont nécessité mes opérations sont l'*hématurie*, les *douleurs*, l'*infection ou l'intoxication.*

I. — *L'hématurie* n'est qu'un symptôme de la bacillose du rein, elle ne devient une indication opératoire que dans le cas où elle menace par son abondance et sa persistance la vie ou la résistance du malade. Elle constitue alors ce que j'ai appelé la *variété hématurique* (j'en ai rencontré deux exemples). L'un a été publié, et je crois que c'était la première fois qu'un semblable fait était indiqué (*Ann. gén. urin.*, 1893, p. 495).

Il s'agissait d'une femme de 42 ans que j'ai opéré le 26 août 1893 pour remédier à des hématuries répétées et tellement abondantes

que la dernière crise survenue en voyage avait nécessité un séjour de la malade pendant deux semaines dans un hôtel voisin d'une gare. Je fis la néphrectomie primitive gauche, la malade n'a pas eu le moindre accident depuis trois années, je l'ai revue en janvier 1896 très bien portante. Depuis cette époque plusieurs faits ont été signalés, cette indication paraît donc bien admise.

J'en ai observé un second exemple que j'aurais classé autrefois dans les faits d'hémophilie rénale. Comme il s'agissait dans ce cas d'une jeune fille de 20 ans, que le rein ne me paraissait pas trop malade, que d'autre part je n'étais pas certain de l'intégrité du rein droit, je me contentai d'une néphrotomie gauche, les accidents ont cessé pendant dix-huit mois, de juin 1893 à janvier 1895, époque à laquelle la malade a eu de nouveau une urine un peu sanguinolente, elle était d'ailleurs parfaitement bien portante à cette époque.

Voici cette dernière observation (recueillie par M. Bresset).

Antécédents héréditaires. — Père mort il y a six mois de maladie d'Addison. Mère bien portante. Un frère aîné bien portant.

Antécédents personnels. — Rien à signaler dans la première enfance. Réglée à 12 ans, et depuis, régulièrement. Accidents d'hystérie depuis cette époque, sujette aussi à des accès de somnambulisme.

En février 1889. Sans cause, sans douleur, elle eut une première hématurie qui dura environ huit jours, cessa complètement, puis reprit en juin de la même année et dura cette fois six semaines.

Le traitement institué à cette époque (tannin) ne paraît avoir produit aucun résultat.

Au mois d'octobre 1889, réapparition des hématuries dans les mêmes conditions.

Dans le courant de l'année 1890 et 1891, cet accident se reproduisit fréquemment. La malade ne peut pas préciser les dates sur la durée de chaque période d'hématurie.

Horteloup, consulté en 1891, conseille les ventouses sèches et l'ergotine. Le résultat de ce traitement fut nul.

En 1892, les hématuries devinrent plus rares.

En février 1893, hématurie très abondante qui ne dure que deux jours seulement.

Enfin, le 11 juin 1893, hématurie très abondante qui cesse brusquement, pour reparaître le lendemain matin, une demi-heure après que la malade s'est levée. Le même accident se reproduit encore le lendemain.

Le Dr C. Petit, consulté, adresse la malade à M. Tuffier.

15 juin 1893. — La malade est d'aspect délicat, anémique, mais ne présente aucun signe de tuberculose pulmonaire. Le seul symptôme de son affection est l'hématurie. *Jamais à aucun moment elle n'a éprouvé la plus petite douleur.* Elle n'est pas sujette aux hémorrhagies, jamais

elle n'a eu d'epistaxis, ses règles sont normales. Il n'y a pas de signe d'hémophylie.

Examen cystoscopique, par Jouet, le 15 juin 1893. — L'hématurie est d'origine rénale et l'on voit nettement le sang s'écouler de l'uretère droit. L'examen du rein est absolument négatif, il n'y a pas d'augmentation de volume, et la palpation ne determine aucune douleur ni même une sensibilité plus grande à droite qu'à gauche. Pensant qu'il s'agissait d'une tuberculose à forme hématurique ou d'une prétendue hémophylie rénale, et voyant un danger éminent dans les hémorrhagies répétées et l'anémie de la malade, je me décidai à intervenir.

Opération le 17 juin 1893. — Incision lombaire (en présence de Jouet, Cl. Petit et Bresset).

Le rein facilement abordable n'est pas déplacé; il est isolé et amené dans la plaie. Sa consistance est normale (peut-être un peu molle). L'exploration digitale des deux faces de l'organe et du bassinet est négative. Dans ces conditions, M. Tuffier se décide à inciser le parenchyme sur le bord convexe. L'incision est accompagnée d'une hémorrhagie moins abondante que normalement. Le parenchyme est d'un jaune grisâtre (substance corticale) légèrement granuleuse, mais nulle part il n'existe de nodules tuberculeux de la tuberculose enkystée. La néphrectomie n'étant pas justifiée, M. Tuffier place dans le bassinet (qui est de dimension normale) une sonde de Malécot, la plaie rénale est suturée au catgut, les muscles de l'incision lombaire sont réunis couche par couche, ainsi que la peau, en laissant l'espace juste nécessaire pour le drainage.

Suites opératoires. — Nulles. L'hématurie a cessé dès le lendemain et n'a jamais reparu depuis (d'après ce que m'a dit M. le Dr Petit, en juillet 1894). Après le second pansement, la plaie a suppuré.

Voici les quantités d'urine émises : de 650 à 1,000 grammes jusqu'au septième jour (24 juin); de 850 à 1,200 grammes jusqu'au 6 juillet.

Deux ans après son opération, en juin 1895, la malade a eu une nouvelle hématurie peu abondante, mais qui a persisté quelques semaines.

Ces deux faits joints à ceux qui ont été publiés me confirment dans mon opinion première que la néphrectomie est alors la méthode de choix contre ces hémorrhagies et que cette variété hématurique ne présente pas pour l'avenir de gravité spéciale.

Je crois volontiers qu'il s'agit ici de phénomènes congestifs, d'accidents purement locaux dus peut-être au siège spécial dans le rein des néoplasies, peut-être à une réaction spéciale du sujet, en tous cas c'est l'hémorrhagie qui est l'indication opératoire. Si le rein arrivait à être considéré comme une glande à sécrétion interne, la ligature de l'artère rénale pourrait peut-être trouver sa place ici, mais rien de tel n'est actuellement autorisé dans ce sens. Ma première malade est restée guérie après l'ablation de son rein,

la seconde après la simple incision du parenchyme a obtenu une trêve de deux ans, je crois donc que c'est à la néphrectomie qu'il faut avoir recours dans ces cas. Cette opinion semble partagée par les différents chirurgiens qui ont été en présence de semblables accidents.

II. — Il est plus rare que les *accidents douloureux* acquièrent une intensité suffisante pour commander une intervention, j'ai cependant rencontré des malades chez lesquels les souffrances étaient assez vives et assez rebelles à une longue thérapeutique médicale, pour nécessiter une opération curatrice sinon exploratrice. Les douleurs revêtent en général la forme de colique néphrétiques subintrantes, et les faits dont j'ai été témoin montrent que les lésions du parenchyme rénal dans ces états douloureux de date ancienne sont justiciables de l'intervention. Les deux malades chez lesquels je suis intervenu étaient dans ce cas.

La première était une femme de 28 ans que j'ai opérée le 5 janvier 1892 après l'avoir soignée médicalement pendant deux années avec mon collègue Parmentier, son histoire a été publiée dans mon mémoire de 1892. [Etude d'anatomie pathologique et clinique sur la tuberculose rénale (*Arch. gén. de méd.*, mai et juin 1892).] Je pratiquai chez elle la néphrectomie primitive ; son rein était farci de foyers tuberculeux, mais rien dans l'uretère n'expliquait les accidents douloureux.

Depuis quatre ans j'ai suivi cette malade, elle est restée parfaitement guérie, elle vaque à ses occupations sans aucune douleur. Elle a présenté depuis cette époque un phénomène curieux et sur lequel je désire appeler l'attention. Elle était amaigrie très notablement au moment de son opération, elle prit dans l'année qui suivit un embonpoint extrême, à tel degré qu'elle ne pouvait se mouvoir que difficilement, et M. Parmentier dut la mettre à un régime approprié pour la ramener à des proportions compatibles avec l'existence commune, j'ajoute que cette femme était obligée de travailler et que sa surcharge adipeuse était, de l'avis de tous les médecins qui l'ont vue, absolument pathologique. J'ai observé la même surcharge graisseuse chez un autre de mes opérés dont l'observation est publiée [Néphrite par morcellement (*Annales gén. urin.*, juin 1894)]. Cet homme absolument cachectique avant son opération, a eu pendant deux années un embonpoint absolument gênant. Je n'ai observé cette *déviation de la nutrition*, véritable dystrophie, que chez ces deux malades. Les autres sont restés après l'opération ce qu'ils étaient avant, et je voulais simplement, par ces exemples, appeler l'attention de mes collègues sur ces faits.

La seconde malade que j'ai opérée pour des accidents doulou-

reux était atteinte d'une tuberculose primitive du rein gauche propagée à l'uretère. Les douleurs revêtaient une allure telle qu'elles laissèrent hésitants les cliniciens les plus consommés; je pratiquai la néphrectomie primitive et je trouvai un uretère légèrement dilaté.

La pièce enlevée et représentée ci-contre après durcissement dans l'alcool, montre deux cavernes tuberculeuses indépendantes du bassinet occupant le tiers inférieur de l'organe, une série de gros modules tuberculeux les entourent. Dans l'extrémité supérieure du rein, sont deux autres foyers de tuberculose caséeuse. Le bassinet est villeux et notablement dilaté.

Mlle (P.), 28 ans, d'origine russe, est une grande jeune fille assez bien constituée, et qui depuis quatre ans souffre du rein gauche. L'histoire de cette malade montre bien les tribulations qui accompagnent ces états douloureux mal déterminés du rein. En mars 1892, Mlle P... étant à Paris, fait une chute sur le côté gauche et se contusionne le genou et la région lombaire de ce côté. On diagnostique une entorse du genou avec contusion lombaire et on fait du massage sans grand résultat. Billroth consulté à Vienne, au mois de juin, porte le même diagnostic et envoie la malade à Franzesbad, aucune amélioration ne suit la cure hydrominérale. La malade souffrant toujours, consulte à Londres Walton Wood, qui prescrit l'exercice méthodique du genou et le massage des lombes, l'articulation devient moins douloureuse, mais les douleurs lombaires s'accentuent et reviennent par crises sous forme de vraies coliques néphretiques. En décembre, Erle regarde cet état douloureux comme névralgique et l'adresse à un de ses collègues de Paris. C'est alors que l'analyse des urines est faite, elle révèle un peu de sang et de pus; les crises se reproduisent malgré un séjour dans le midi et un traitement approprié, si bien que Erle, en octobre 1893, pense à un calcul du rein. M. Lecorché ne partage pas cet avis et conseille les injections de morphine; on consulte alors à Berlin, Senator et Israël qui croient à la présence de calcul du rein: en France, plusieurs chirurgiens repoussent cette opinion, et le rein gauche étant un peu déplacé, on diagnostique une hydronephrose intermittente à laquelle on oppose une ceinture, d'ailleurs avec le plus parfait insuccès, la malade d'abord un peu soulagée, voit survenir, en août 1894 une hématurie peu abondante avec des fréquences de mictions et des douleurs en urinant. Enfin, en novembre, MM. Potain, de Gennes sont consultés et trouvent dans l'urine des bacilles de Koch et un traitement médical est prescrit en conséquence, puis toute la gamme, des instillations de sublimé mise en œuvre. En août 1895, n'ayant obtenu aucun soulagement, la malade consulte Œrtel, de Munich et Czerny, à Heidelberg. Le premier hésite sur le diagnostic, le second conseille de tenter encore un traitement médical contre la tuberculose. Les douleurs et l'hématurie sont exaspérées par les différents traitements. C'est en décembre 1895 que je vois la malade avec mon collègue de Gennes. Elle est assez amaigrie,

surtout depuis qu'elle est soumise au régime lacté, mais son état général est encore assez bon et c'est uniquement son état douloureux qui la préoccupe. Les crises de colique néphrétique à localisation gauche surviennent tous les huit à dix jours, et dans leur intervalle, les douleurs sont telles que la marche et la station debout sont intolérables. La malade garde la chambre depuis plusieurs semaines, et la morphine seule calme les douleurs qui sont très nettement influencées par la station verticale, si bien que depuis de longs moins l'usage de la voiture est l'occasion de vives douleurs. Les urines sont abondantes 1,800 grammes, à dépôt purulent, mais elles ne sont ni pyélitiques, ni sanguinolentes. Les mictions sont fréquentes. La vessie examinée par le toucher, combiné au palper est légèrement sensible, la région rénale gauche n'est le siège d'aucune tuméfaction; elle est un peu douloureuse au palper bimanuel, de même que le trajet supérieur de l'uretère. Le rein droit est un peu abaissé, mais il paraît normal. Ces explorations sont d'autant plus faciles que la malade est maigre et présente une paroi abdominale complaisante. Il y a perte d'appétit surtout depuis quelques semaines, mais aucun état fébrile. Mon diagnostic fut : tuberculose rénale à forme douloureuse, et je conseillai d'insister sur le traitement général par la créosote et l'huile de foie de morue à haute dose. Le 5 février 1896, je revoyais cette malade — son état ne s'était en aucune façon amélioré, les douleurs et l'impotence fonctionnelle qui en résultait l'affaiblissaient progressivement. Je conseillai une intervention chirurgicale; cette opinion fut partagée par Czerny. Nous décidâmes d'opérer par voie lombaire et de pratiquer une néphrectomie partielle ou totale suivant la nature et l'étendue des lésions. Le 18 février, avec le concours de mon collègue de Gennes, et l'aide de MM. Bresset et Hulier, je pratique une incision lombaire très oblique (le rein étant en situation normale), je découvre une atmosphère graisseuse un peu indurée et hypertrophiée — et au-dessous la glande rénale que j'isole progressivement, — je trouve deux abcès froids parenchymateux occupant la moitié inférieure de l'organe. Je les ponctionne, je puis alors sentir, au niveau du tiers moyen de l'organe une nodosité irrégulière indurée, que je pensai bien être un tubercule; l'exploration du hile étant négative, je me décidai pour la néphrectomie totale qui ne présenta aucune difficulté. J'isolai le pédicule vasculaire qui fut lié à la soie, puis le canal urétéral que je trouvai légèrement dilaté, à muqueuse d'aspect villeuse. Cautérisation au fer rouge, aussi loin que possible, et fermeture exacte par deux plans de suture au catgut. Réunion par plans successifs. Pas de drainage. Guérison opératoire sans aucun accident, la température oscille autour de 37°; dès le lendemain, les urines sont claires (700 gr.), non douloureuses; 20 février, 540 grammes d'urine, puis 630, 650, 700, 800, 1,100, 800, 800. La malade quitte Paris le 15 mars, n'ayant plus ni douleurs, ni hématurie.

J'ai suivi cette malade depuis son opération, elle a d'abord présenté, en juin 1896, quelques douleurs sur le trajet de son uretère,

puis des signes vésicaux caractérisés par de fréquentes mictions. Elle était alors à Berlin où elle consulta notre collègue Israël et voici textuellement le résultat de sa consultation.

« L'examen cystocopique a démontré la présence dans le fond de la vessie dans le voisinage immédiat de l'orifice de l'uretère et du côté gauche d'une surface ulcérée dont la coloration est d'un rouge vif et qui saigne facilement. Elle est couverte en partie de (pellicule), d'exsudats blanchâtres. Le reste de la surface de la vessie est normale.

« Il n'y a pas de doute qu'on ne se trouve en présence d'une tubercule provenant de l'affection tuberculeuse du rein gauche communiquée à la vessie par le moyen de l'uretère. L'échantillon d'urine qui m'a été donné à analyser est d'une coloration jaune rougeâtre foncée, a une réaction fortement acide. Après filtration il s'est trouvé une très petite quantité d'albumine (proportionnée au volume du résidu).

« Il s'est formé au repos un dépôt très épais composé de sang et de pus. La présence de bacilles tuberculeux n'a pas été constatée. »

J'ai revu la malade en novembre 1896 et je l'ai trouvée en bon état, ses douleurs vésicales diminuaient et je lui conseillai un traitement général.

Je vous signale cette observation comme un fait typique de tuberculose rénale primitive avec infection secondaire de la vessie, et comme un exemple bien remarquable de la forme douloureuse, puisqu'elle a tenu en échec des cliniciens hors pair.

Je vous rappellerai enfin une troisième malade chez laquelle les douleurs s'accompagnaient de phénomènes d'intoxication marqués par un amaigrissement notable. Cette femme que j'ai opérée à Beaujon, le 15 janvier 1891, par néphrectomie et chez laquelle j'ai trouvé une série d'abcès tuberculeux à contenu crayeux, presque calcaire, était bien portante en janvier 1895, et venait me remercier à Beaujon de l'avoir débarrassée de ses accidents douloureux. Elle présentait encore à ce moment de la fréquence de la miction (toutes les trois heures) (Tuberculose rénale, *Arch. de méd.* 1892).

Il semble que dans ces formes douloureuses, surtout quand elles sont anciennes, le parenchyme rénal soit très altéré, la néphrectomie, toutes conditions d'intégrité de l'autre rein étant reconnues, met un terme aux douleurs, et permet une longue survie puisque mes trois malades sont indemnes depuis cinq ans, trois ans, et onze mois. La néphrotomie de soulagement peut s'imposer quand la bilatéralité probable des lésions ou l'état général du sujet la recommandent.

Un accident plus rare peut encore recommander l'intervention, c'est la présence d'un calcul du rein ou de l'uretère, calcul secon-

daire à la tuberculose. J'en ai observé un exemple bien curieux que je résumerai ici. Là encore se sont les douleurs qui conduisent le malade à réclamer une opération.

J'ai opéré, le 5 décembre 1896, à la Maison Dubois, un de mes anciens externes qui souffrait depuis de longues années d'une pyelonéphrite tuberculeuse avec accidents vésicaux réputés de même ordre. Il avait consulté un grand nombre de mes collègues, qui avaient tous porté le même diagnostic, et l'examen bactériologique, pratiqué un an auparavant dans mon service ne laissait aucun doute sur la nature tuberculeuse de la maladie. Tous les traitements employés pendant quatre années n'amenaient aucun résultat et les abominables douleurs avaient réduit ce malade à la morphinomanie. Depuis deux ans je le soutenais tant bien que mal par une médication locale et générale. Le toucher rectal m'ayant révélé une masse douloureuse arrondie dure sur la partie latérale gauche de sa vessie je dus pratiquer une cystostomie de soulagement qui me fit trouver dans l'uretère gauche le calcul énorme et adhérent que je vous présente. Ce malade, réduit à une cachexie profonde, succomba quarante-huit heures après.

III. — Les accidents d'*infection* ou d'*intoxication d'origine rénale* sont de beaucoup les plus fréquents en matière d'indication opératoire. Leur expression symptomatique est très variable, mais elle donne en général le tableau de l'intoxication chronique, qui prend naissance dans une rétention de produits septiques au niveau du rein. Vous pourrez y rencontrer tous les signes d'une pyélonéphrite, mais vous pourrez avoir d'énormes collections tuberculeuses intra-rénales sans aucune émission de liquide purulent et le diagnostic se poserait alors entre une tumeur du rein, du foie ou de la rate bien plutôt qu'entre les variétés de collections purulentes intra-rénales. Le diagnostic peut être bien plus difficile encore quand les lésions suivent ce que j'appelle l'évolution thoracique, au lieu de l'évolution abdominale, puisque dans ces cas même, l'exploration indirecte du rein est négative. Quoi qu'il en soit, les accidents qui appellent notre attention sont des accès fébriles intermittents à maximum vespéral, ou bien des troubles digestifs avec amaigrissement progressif continu allant jusqu'à la cachexie, le tout accompagné ou non d'un endolorissement de la région du rein avec ou sans pyurie. J'admets, bien entendu, que l'examen médical du malade n'a révélé aucune autre cause capable d'expliquer le dépérissement du malade.

Là encore je distinguerai deux variétés dans les accidents qui nous conduisent à l'intervention. Dans l'une, les signes de rétention purulente avec fièvre symptomatique sont semblables à ceux que nous rencontrons dans les pyonéphroses vulgaires ouvertes ou fermées. Dans l'autre, c'est le complexus de l'intoxication chronique,

dyspepsie, perte des forces, diarrhée, sueurs nocturnes, teint jaunâtre, amaigrissement, c'est quelquefois par hasard que l'examen du rein fait constater la présence d'une tuméfaction. Ces allures sont tellement torpides et silencieuses que l'un de mes malades était regardé comme atteint d'une tumeur de la rate, un autre aurait été porteur d'une tumeur rénale. Quand la pyurie est intermittente, l'erreur n'est plus possible, mais elle peut faire complètement défaut, et le rein lui-même peut se distendre du côté de la région thoracique et l'indication opératoire devient plus difficile encore.

Dans l'observation qui va suivre, une toux coqueluchoïde accompagne la néoplasie rénale. Je suis intervenu neuf fois pour remédier à ces accidents d'intoxications rebelles à tous les antiseptiques, j'ai pratiqué cinq néphrotomies, deux néphrectomies secondaires et une néphrectomie primitive totale et partielle. Je dois dire que les résultats fournis par ces deux opérations ne sont en rien comparables, car j'ai pratiqué des néphrotomies dans des circonstances tout particulièrement graves, véritables opérations palliative et de soulagement. Une autre séparation devrait être faite entre les infections rénales bacillaires simples, isolées et les infections rénales associées dans lesquelles un autre élément septique entre en jeu. Quoi qu'il en soit, prises en bloc, mes néphrotomies m'ont donné une mort opératoire (*Arch. gén. de méd.*, 1892, obs. I), deux fois j'ai dû recourir à une néphrectomie secondaire précoce, pour remédier aux graves accidents de suppuration profuse ou de rétention. Ces faits ont été publiés dans la thèse de deux de mes élèves (Robineau-Duclos et Thomas).

Deux de ces malades ont succombé, l'un à des accidents d'extension de sa tuberculose, l'autre à une granulie dans les trois mois qui ont suivi l'opération. Ces faits ont tous été publiés.

J'ai pratiqué une néphrotomie dans des conditions particulièrement graves, chez un de mes élèves, car les phénomènes d'infection chronique lente, insidieuse, joints à une tumeur sans réaction, avaient fait penser à un néoplasme.

Voici l'observation (recueillie par M. Pouquet, interne), relative à cette opération pratiquée à la maison Dubois.

M. D..., 22 ans, étudiant en médecine, entré le 12 décembre.

Parents bien portants. Coxalgie à 7 ans, sans abcès. Deux ans d'immobilité, bien guéri; boite un peu. Cicatrices de pointes de feu à la hanche. Bien portant jusqu'à 19 ans. A ce moment le malade se sent un jour subitement fatigué; il s'alite. Ses urines sont alors troubles. Examinées, on y trouve de l'albumine et des leucocytes. Parfois, il y a un peu de sang à la fin et en allant à la selle. Douleurs dans le flanc gauche au niveau du rein. Soigné alors pour une néphrite, durée quatre mois. Amaigrissement. Anorexie. Urines abondantes et fré-

quentes, se relevait la nuit. La santé redevint bonne pendant un an. Urines fréquentes. Il y a quinze mois, brusquement, du matin au soir, perte d'appétit (en septembre 1894). Pas de fièvre, on le soigne pour un embarras gastrique.

En même temps le malade a été pris d'une toux sèche provoquant des quintes violentes au point de le faire vomir. On croyait qu'il avait la coqueluche. Un jour, le malade ressent une grande douleur dans le côté gauche durant quatre ou cinq heures et nécessitant une piqûre de morphine. En même temps la toux disparaît immédiatement. La douleur ni la toux n'ont reparu. L'appétit est revenu au bout de quatre ou cinq jours. Pas de fièvre. Rien de particulier n'a été remarqué du côté des urines. Depuis, bonne santé jusqu'au commencement de novembre, lorsque, encore brusquement, du matin au soir, perte d'appétit et toux comme la première fois. Quintes moins violentes et moins répétées. Un peu de fièvre. Pas de douleur à ce moment. Cet état reste stationnaire. Le malade ressent un malaise général; il est faible, a mauvaise mine ne mange pas.

Depuis le commencement de décembre, douleurs faibles et intermittentes dans l'hypochondre gauche. Les urines sont louches pendant la miction, douleurs au-dessus du pubis. Au commencement du mois on constate du pus dans les urines. Puis après les urines redeviennent louches comme auparavant. Une deuxième fois, le 13 septembre, on constate un dépôt de pus dans les urines. Le malade s'est notablement amaigri.

On diagnostique une tumeur de la rate et on envoie le malade dans le service. A l'examen, nous constatons au palper une grosse rate? avec empâtement général de tout le côté. Un peu de douleurs dans un point, variable sous le refors des fausses côtes. Tumeur du volume d'une grosse tête de fœtus occupant l'hypochondre gauche, remontant sous les fausses côtes, se prolongeant en arrière vers la fosse lombaire, mais étant nettement abdominale par sa partie antérieure. Mate en arrière, elle est sonore en avant et en dedans, ses contours sont lisses, durs, son bord inférieur libre n'est pas nettement arrondi. Le testicule gauche a augmenté de volume depuis douze jours. Il est indolent. Le malade a le teint plombé, bouffi, la langue blanche. On examine son sang, on y trouve peu de leucocytes en quantité anormale. Le malade est mis en observation, lorsque, le 18 décembre, il urine une grande quantité de pus, aucune sensation spéciale. On fait le diagnostic de *pyonéphrose tuberculeuse*.

Néphrotomie. Incision à gauche parallèle à la douzième côte. On arrive à la région périrénale qui est mobile et qui saigne facilement, et dans laquelle on voit courir de grosses veines qu'on est obligé de couper entre deux pinces. On décortique le rein facilement, et on voit qu'il remonte en haut, loin sous le diaphragme. En bas, on ne peut atteindre ses limites. Coloration normale rouge de la glande avec une plaque blanche à la surface. On sent de la fluctuation dans le rein. Débridement à la sonde cannelée dans une étendue de 8 centimètres. Il s'échappe aussitôt un flot de liquide épais, verdâtre (2 litres au moins).

Régularisation de la poche. Lavage abondant de la cavité jusqu'à ce que le liquide ressorte propre. La paroi est infiltrée de noyaux jaunâtres. Tamponnement avec trois mèches de gaze iodoformée. Suture des bords de l'incision du rein aux muscles. On place une mèche de gaze iodoformée péri-rénale. L'intérieur de la cavité rénale est constitué d'une surface lisse, irrégulière, parsemée de colonnes qui donnent l'impression d'un rein considérablement distendu. Deux doigts dans l'intérieur, on va rejoindre la surface abdominale qui donnait la sensation de la rate. Pansement. Deux pipettes de pus ont été recueillies. Un cobaye inoculé avec ce pus est mort deux jours après. Vomissements ; peu de fièvre le premier jour. Un peu de douleurs dans la région de la plaie. Le malade a uriné 850 grammes. Le pansement est peu mouillé. On enlève la mèche externe.

Examen des urines avant l'opération et après. Avant : volume de vingt-quatre heures, 1,150 grammes ; réaction légèrement acide. Densité à 15° 1,018 ; éléments normaux : urée totale, 17,67 ; chlorure en AzHCl 0,856 ; phosphate en $Po^5 = 1{,}437$; éléments anormaux ; albumine, trace ; examen microscopique, pus en grande quantité.

Après : Volume des vingt-quatre heures 1,250 grammes ; urée des vingt-quatre heures, 30 grammes ; albumine, trace. Examen du dépôt, dépôt de moins en moins abondant, le pus et l'albumine diminuent notablement.

Le malade fait de la température, 39°. En même temps, le pouls est très fort, un peu intermittent. Il urine bien. Ablation des mèches qu'on remplace par un drain. Le malade a de la température. Respiration un peu fréquente. Urine bien, il y a encore du pus. Lavage. La température diminue ainsi que la fréquence du pouls ; le malade se sent mieux.

Le pansement est très peu mouillé. Lavage. La langue est encore blanche, mais humide. L'état devient satisfaisant. Le pus diminue notablement dans les urines. Il n'y a plus de tumeur. Examen : on trouve une poche du volume du poing et en arrière une seconde qui communique avec elle par une ouverture de la largeur d'un porte-plume, On élargit cette ouverture et on place trois drains. Lavage à l'eau boriquée. Depuis 8 jours il y a un peu de température.

Le testicule a augmenté et il est douloureux. Depuis le 1er janvier, formation d'un abcès au testicule à droite. Il apparaît un point blanc. On fait une incision 69. A ce moment le testicule est très douloureux. Au point de vue de l'état général on a toujours des oscillations thermométriques quotidiennes entre 37 et 38. Le 13, la température monte à 3,88. Depuis, diminution. Les pansements du testicule sont très douloureux. L'écoulement a diminué.

L'état général est bon, l'appétit augmente. Le malade commence à se lever depuis le 18. Le rein coule toujours, mais très peu, on a placé trois drains à demeure. Le rein n'a jamais fonctionné car il n'y a jamais eu grande quantité de liquide dans le pansement.

A partir du 20 janvier, la température s'élève le soir à partir de 38,5. Le trajet fistuleux donne peu de pus ou pénètre difficilement jusqu'à 6 ou 7 centimètres. Les accidents de périrétention vont en augmentant

jusqu'au 26 janvier et nécessitent une nouvelle intervention. A ce moment les accidents sont tels qu'une opération devient urgente. Le 28 janvier, sous le chloroforme, débridement du trajet fistuleux. Ouverture de trois abcès situés à la partie supérieure du rein. La glande largement fendue, on tamponne avec le chloroforme. Le soir même le malade est très affaibli, sa température 36,8 et le pouls à 120. Le lendemain la langue est salivale, le malade est pâle, faibli, il a rendu 750 grammes d'urine, on fait une injection (1200 et 1 gr. caphéine). La température monte à 39°, le pouls est à 142, mort à 4 heures du matin.

L'examen du pus de la première opération a montré une infection due au staphylocoque, et des inoculations ayant été faites, ont tué les animaux avant que la réaction bacillaire ait pu se produire.

Enfin, j'ai pratiqué à la maison Dubois deux néphrectomies, une totale et une partielle, mes deux malades ont guéri, mais les opérations ne datant que de juin et du 31 octobre 1896, n'entrent en ligne de compte qu'au point de vue opératoire et ne peuvent juger la question de thérapeutique à longue échéance.

Dans ces deux cas, ce sont des accidents infectieux qui m'ont conduit à l'intervention, et l'ablation des parties malades m'a donné jusqu'à l'époque présente un succès complet, l'état général est devenu parfait chez les deux opérés.

Il semble donc que ces tuberculoses rénales avec rétention septique soient particulièrement graves, surtout à longue échéance, à cause de l'extension ou de la généralisation des lésions. Tout ce que nous connaissons des suppurations chroniques chez les tuberculeux, est applicable à la chirurgie rénale, aussi la suppression du foyer infecté dans les conditions de prudence habituelle, mais dans le plus bref délai possible, semble s'imposer.

Tels sont les faits que j'ai observés, je ne puis en déduire des conclusions générales et définitives, mais ils viennent confirmer certains points encore discutés de l'histoire de la tuberculose du rein.

Le long temps écoulé depuis la néphrectomie de quelques-uns de ces malades, cinq ans, trois ans, prouve bien l'intégrité de l'autre rein, et le point de départ rénal de la lésion. L'observation de cette Russe, dont je vous ait fait l'histoire, a vraiment la valeur d'une expérience, au point de vue de la tuberculose primitive du rein et de son extension progressive à la vessie. Elle démontre l'utilité thérapeutique d'une intervention précoce.

Les indications opératoires se tirent des accidents, hématurie, douleur, infection. La variété *hématurique* est justiciable de la néphrectomie, elle peut ne s'accompagner que de lésions peu étendues du rein, son pronostic n'est pas particulièrement grave, puisque mes deux malades opérées depuis trois et deux ans sont en

bon état. Les *accidents douloureux* pour nécessiter l'intervention doivent être rebelles à toute thérapeutique médicale, et progressivement croissants. Ils sont dus à des lésions de l'uretère, à des calculs secondaires, mais ils peuvent exister indépendamment de l'un et de l'autre. L'incision lombaire et la néphrectomie partielle ou mieux totale, suivant l'état du rein, donne d'excellents résultats. Il m'a paru que dans les cas anciens le rein est désorganisé et que son ablation s'impose ; les douleurs disparaissent complètement après l'intervention et j'ai lieu de croire le foyer unilatéral et localisé, puisque mes malades vivent depuis cinq et quatre ans.

Je n'ai pas observé d'accidents sérieux dus à la persistance de l'uretère, et je n'ai pas trouvé l'occasion de mettre en pratique l'opération de Trendelenburg.

Les calculs secondaires nécessitent le même traitement que ceux qui accompagnent les pyélo-néphrites en général.

Les signes d'infection ou d'intoxication qui accompagnent la tuberculose du rein et nous obligent à intervenir, sont aigus, analogues à ceux d'une infection banale ou insidieuse, et chroniques. Dans ce cas, ils semblent dus à des infections bacillaires ou combinées, par rétention intra-rénale. Leur thérapeutique se confond avec celle des pyélo-néphrites en général, l'incision du rein, qui est souvent une simple opération de soulagement, mais le danger des suppurations profuses et persistantes presque inévitables en pareils cas, peuvent nécessiter une néphrectomie secondaire précoce. Ces accidents sont toujours sérieux et m'ont paru d'un pronostic plus sévère que celui des autres formes de la tuberculose et des autres infections du rein en général. Aussi la néphrectomie aura-t-elle encore à gagner dans ces cas. Ces conclusions thérapeutiques sont, bien entendu, subordonnées à l'état de l'autre rein, c'est-à-dire à toutes les lois communes à la chirurgie rénale.

2° *Des rétrécissements traumatiques tardifs de la portion membraneuse,*

Par M. BAZY.

Je désire vous entretenir d'un sujet qui va modifier un peu les idées classiques sur les rétrécissements traumatiques, qui vous surprendra comme il m'a surpris moi-même, mais qui ne doit pas moins être accepté, parce qu'il a été, je puis le dire, observé avec assez de soin pour que toute discussion me paraisse impossible.

Au mois de février de l'an dernier, juste le jour (c'était le 12 février

1895) où je venais de parler sur le méat hypogastrique chez le prostatique, on venait me chercher pour aller sonder un vieillard de 75 ans qui, depuis plusieurs jours, éprouvait les plus grandes peines à uriner. Je pensai tout de suite à un prostatique, et je me souviens que je dis en partant, à un de nos collègues qui venait d'entendre ma communication : *et je ne lui ferai pas de méat hypogastrique à celui-là.* L'âge du sujet m'autorisait à penser qu'il s'agissait d'un prostatique.

Quand je vis le malade avec les docteurs Meyer (de Beaumont) et Darène (de Viarmes), je continuai à le croire ; ces messieurs attirèrent cependant mon attention sur un antécédent auquel je n'attachai pas tout d'abord grande importance, toute l'importance qu'eux-mêmes paraissaient y attacher. Je fis davantage attention à leurs paroles quand ils me dirent que le cas leur paraissait bizarre, qu'ils ne croyaient pas être arrêtés par la prostate et que cependant ils ne croyaient pas avoir affaire à un rétrécissement ordinaire.

Je pratique l'exploration de l'urèthre, et, suivant mon habitude, je pratique la palpation périnéale ; je ne sens pas la boule au périnée : je pratique le toucher rectal, et je trouve la boule arrêtée derrière le pubis, au niveau de la portion membraneuse, en avant de la prostate.

J'attire l'attention sur ce point parce qu'il confirme une fois de plus la valeur du signe que j'ai donné pour diagnostiquer le spasme de la portion membraneuse des rétrécissements siégeant dans la partie la plus reculée du périnée au niveau du cul-de-sac du bulbe, voisins par conséquent de la portion membraneuse. Dans le rétrécissement on sent toujours la boule par le périnée ; dans le spasme on ne la sent pas et on la sent par le rectum.

Après avoir fait cette constatation, je ne puis m'empêcher d'établir un rapport entre cet obstacle et la fracture ancienne du pubis, dont ce malade portait la trace manifeste : déviation et ascension du bassin du côté droit.

Il me raconte alors qu'il a eu, il y a 40 ans, une fracture du bassin pour laquelle il a été soigné par Voillemier et Richet qui ont dû le sonder pendant trois semaines environ, avec une sonde molle, dit-il. Puis, depuis cette époque il a uriné facilement, et ce n'est que depuis quelques années que la miction est devenue plus difficile, pour devenir très pénible depuis quelques jours.

Alors, en l'interrogeant, je m'aperçois qu'il se comporte comme un rétréci et non comme un prostatique : car il a, de temps en temps, de violentes envies d'uriner pendant lesquelles il émet quelques gouttes d'urine avec beaucoup d'efforts (on m'en montre en effet environ une centaine de grammes qui est louche) ; il a été soulagé un peu par les cataplasmes, les bains, en un mot, sa rétention n'était pas absolument semblable à celle des prostatiques.

Au demeurant, la vessie remontait à deux travers de doigt au-dessous

de l'ombilic, faisant une saillie très prononcée et douloureuse à l'hypogastre. Je me suis donc comporté comme chez un rétréci ; j'ai pris une bougie armée de l'urétrotome de Maisonneuve et, à ma grande satisfaction, j'ai pu la passer avec assez de facilité.

Nous trouvions-nous en présence d'une déviation du canal comme cela est affirmé, ou bien d'un rétrécissement vrai ? La question m'a paru intéressante à résoudre. J'ai donc vissé sur cette bougie la tige conductrice, et sur cette tige et cette bougie, j'ai glissé une sonde à bout coupé, faisant ce raisonnement : s'il s'agit d'une déviation du canal, la sonde suivra les sinuosités de la bougie et pénétrera dans la vessie ; s'il s'agit d'un rétrécissement vrai, elle sera arrêtée. Elle a été arrêtée.

J'ai alors retiré la sonde, dévissé la tige, je l'ai remplacée par le conducteur cannelé sur la concavité de l'urétrotome de Maisonneuve et j'ai introduit ce conducteur. Celui-ci n'a pas subi la plus petite déviation, il est entré simplement sans se dévier ni d'un côté ni de l'autre.

Glissant alors la lame n° 23 de l'urétrotome dans la rainure, j'ai sectionné le rétrécissement qui nous a paru aussi dur, à mon aide et à moi, que s'il se fût agi d'un rétrécissement blennorrhagique ou autre de l'urètre prémembraneux ; bien plus, la section a été absolument exsangue comme cela arrive souvent dans les rétrécissements prémembraneux. S'il se fut agi d'une simple déviation du canal, la lame, agissant sur des tissus sains, eût déterminé un suintement sanguin qui aurait pu être abondant si le plexus de Santorini avaient été lésé.

Le rétrécissement sectionné, j'ai pu très facilement passer une sonde à bout coupé n° 17, qui est restée à demeure quarante-huit heures.

Depuis ce moment, ce vieillard s'est comporté comme un rétréci ; il urine très bien et passe de temps en temps une bougie n° 19 ou 20 pour entretenir le canal.

Il s'agit donc là d'une variété de rétrécissement traumatique de l'urèthre à évolution retardée, qui doit modifier nos idées sur l'évolution habituelle des rétrécissements traumatiques.

Il doit se passer dans le tissu périuréthral un travail de sclérose lent qui aboutit à la formation du rétrécissement comme cela se passe dans le rétrécissement inflammatoire. Sans doute il faut toujours penser que le rétrécissement traumatique est un rétrécissement à évolution rapide. J'en ai vu, tout le monde en a vu descendre très rapidement, dans l'espace de 20, 15, 12 jours, l'échelle de la filière, devenir filiforme en un mois et demi, deux mois. — Cette évolution rapide est donc la régle, mais elle peut comporter des exceptions. Au reste, mon cas n'est pas unique.

Dans le n° 4 (avril 1895) des *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, on trouve un travail de M. Legueu sur *le cathétérisme rétrograde pour rétrécissement infranchissable.*

Il s'agit d'un malade atteint d'un rétrécissement membraneux

qualifié de *déviation du canal* consécutif à une fracture du bassin survenue quinze ans auparavant.

J'y vois ce renseignement intéressant pour la thèse que je soutiens au sujet du diagnostic du spasme et du rétrécissement : « Un explorateur n° 16 est arrêté immédiatement en arrière du pubis et senti à travers le rectum ». J'y vois même qu'un explorateur n° 21 s'arrête tout à fait au fond de la région périnéale, ce qui semblerait indiquer que l'obstacle est infundibuliforme puisque la grosse boule va moins loin que la petite, ce qui est en rapport avec l'idée d'un rétrécissement plutôt qu'avec celle d'une déviation.

Sans insister davantage, j'y vois avec plaisir la confirmation de ce signe de diagnostic très important, entre le spasme membraneux et le rétrécissement, et je crois utile d'en faire ressortir la conséquence, puisque l'auteur n'a pas jugé à propos de le faire.

Discussion.

M. Routier. — Je me propose de vous présenter un malade qui a offert des symptômes analogues à ceux de l'observation que M. Bazy vient de nous faire connaître. Il s'agit d'un homme qui avait eu une fracture verticale double du bassin. Six ou sept ans après, il présenta des symptômes de rétrécissement qui nécessitèrent une uréthrotomie interne, puis une résection de l'urèthre. Puis il se fit ensuite une poche urineuse périnéale dans laquelle des calculs se formèrent et c'est à l'occasion de ce dernier accident que je fus conduit à opérer. Or, chez cet homme, les troubles urinaires témoignant d'un rétrécissement uréthral ne se sont manifestés qu'au bout de six ou sept ans.

Présentations de pièces.

M. Bazy présente deux gros lambeaux de tissu pulmonaire sphacelés, qu'il a enlevés le matin même par pneumotomie. L'opération n'a pas présenté de difficultés. La cavité pleurale était fermée par des adhérences. Ces deux lambeaux de poumon pèsent 32 grammes.

Discussion.

M. Quénu. — L'observation de M. Bazy ne prouve rien en ce qui concerne le danger ou l'absence de danger du pneumothorax dans les cas d'intervention sur le poumon, puisqu'il y avait des adhérences et que le pneumothorax n'a pu se produire.

M. MICHAUX présente une énorme mamelle hypertrophiée qu'il a enlevée ce matin. L'hypertrophie mammaire était, on peut le dire, unilatérale, car la mamelle droite descendait jusqu'au milieu de la cuisse, la mamelle gauche ne tombant qu'au niveau de l'ombilic.

Cette mamelle enlevée est saine, mais à sa base, du côté des ganglions de l'aisselle, on remarque des indurations que M. Michaux croit carcinomateuses. Le poids de la mamelle enlevée est de 13 livres.

M. PICQUÉ présente la photographie coloriée de l'avant-bras d'un homme qui portait des gommes syphilitiques ulcérées qui avaient été prises pour un ostéo-sarcome. M. Picqué ayant diagnostiqué la syphilis guérit son malade avec des injections de calomel.

M. PICQUÉ présente en outre un homme à qui il a pratiqué la gastro entéro anastomose par le procédé de Souligoux. Cet homme qui, depuis un an, ne pouvait digérer que de petites quantités de liquide et cela à grand'peine, a été opéré le 30 décembre et aujourd'hui, quatorze jours après son opération, il a mangé un bifteck avec une satisfaction qu'il exprime avec joie.

Discussion.

M. BOUILLY. — Je suis agréablement surpris de voir présenter aujourd'hui ce malade que j'ai vu opérer. L'opération a été des plus simples et en présence de l'excellent résultat que nous avons sous les yeux, il est impossible de ne pas louer la méthode employée.

M. MONOD. — M. Souligoux a employé son procédé sur deux de mes malades.

Dans un premier cas il s'agissait d'un cancer du cœcum. M. Souligoux a établi une entéro anastomose et le succès a été complet. Mais dans le deuxième, M. Souligoux avait pratiqué une gastro entéro anastomose pour un rétrécissement pylorique chez un homme qui avait une hypersécrétion gastrique énorme. Son opération n'a pas arrêté les vomissements. Le malade a succombé rapidement. M. Souligoux s'était demandé si cet insuccès ne pouvait pas être attribué à la trop grande étendue qu'il avait donnée dans ce cas-là à l'orifice gastrique.

M. REYNIER. — L'anse intestinale placée au-dessus de l'anastomose avait-elle été tordue ? J'attache une importance très grande

à cette torsion, qui empêche le reflux des liquides vers les parties supérieures de l'intestin, car lorsque je l'ai pratiquée, j'ai toujours eu de bons résultats.

M. Picqué. — Sur 6 cas de gastro entéro anastomose, faites dans mon service, jamais nous n'avons tordu l'intestin et nous avons eu six guérisons.

M. Quénu. — J'ai fait un bon nombre de gastro entero anastomoses et jamais je ne me suis préoccupé de tordre l'intestin.

M. Walther. — J'ai fait avec l'aide de M. Souligoux une gastro entéro anastomose et cela a été très simple.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

Nélaton.

Séance du 20 janvier 1897.

Présidence de M. Ch. Monod.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos du procès-verbal.

Sur les rétrécissements de l'urèthre.

M. Bazy. — J'ajouterai les quelques considérations suivantes à ma communication de mercredi dernier; je désire appeler votre attention sur deux points du traitement.

Le premier a trait au siège qu'on doit donner à l'incision quand on fait l'uréthrotomie interne.

La crainte de l'hémorrhagie et de l'infiltration d'urine ont con-

duit M. Guyon à préconiser l'incision sur la paroi inférieure. Il est possible que dans les rétrécissements récents ces deux accidents soient à craindre. Mais le cas que j'ai cité prouve qu'on peut sans inconvénient, sans danger, sans avoir une seule goutte de sang, faire cette uréthrotomie sur la paroi supérieure.

En outre un de nos malades à qui on paraît avoir fait cette opération sur la paroi inférieure, mais qui a subi aussi une opération d'ailleurs infructueuse, d'uréthrotomie externe, a de l'incontinence d'urine que j'attribue à la section du sphincter et en particulier à la section dans leur partie médiane des fibres du muscle de Wilson : la nuit il perd de l'urine sans s'en apercevoir, et, dans le jour, quand il ne peut satisfaire rapidement ses besoins, il s'échappe aussi de l'urine dans son pantalon.

Ce sont ces considérations qu'a fait valoir sur mes indications mon élève Ravanier, dans sa thèse récemment soutenue : *Sur les rétrécissements traumatiques de la portion membraneuse.*

Cette thèse que je suis heureux de vous signaler s'occupe de la question thérapeutique et soutient l'utilité du cathétérisme rétrograde d'emblée quand le rétrécissement est infranchissable. Un de ses juges, M. Tuffier, lui a reproché de n'avoir pas parlé de l'uréthrotomie périnéale ou opération de Poncet.

Pas plus que M. Ravanier, je ne vous en parlerai, pour la seule raison qu'on ne crée pas une voie d'écoulement en aval de l'obstacle, et c'est ce qu'on devrait faire avec un rétrécissement membraneux. Je n'insiste pas.

Discussion sur l'intervention chirurgicale dans les cas de tumeurs du foie.

M. Tuffier. Deux points me paraissent intéressants dans la question des tumeurs cancéreuses du foie. Le premier a trait au diagnostic de ces tumeurs, le second concerne l'hémostase pendant et après l'acte opératoire.

Le diagnostic des tumeurs cancéreuses du foie est souvent fort difficile même au cours d'une laparotomie, même lorsqu'on a la tumeur sous les yeux. Or en pareil cas je donne le conseil d'explorer la région du hile du foie. Si vous y trouvez des ganglions dégénérés, votre diagnostic est fait et cette exploration bien simple en somme me paraît appelée à rendre de réels services.

Je me suis trouvé appelé par mon collègue Gilbert auprès d'une de ses malades de l'hôpital Beaujon. Cette femme, âgée de 22 ans, avait présenté une série d'accidents qui avait fait penser à une

obstruction du canal cholédoque par des calculs biliaires. Je fis la laparotomie et me trouvai en présence d'un foie volumineux, présentant une énorme bosselure. Mais s'agissait-il d'un kyste hydatique ou d'une autre tumeur, nous étions fort empêchés de le dire. Je portai la main vers le hile. Je sentis une tuméfaction très notable des ganglions et je portai immédiatement le diagnostic de cancer du foie. Dix-huit mois plus tard la malade mourut et l'autopsie nous montra un cancer massif du foie.

A vrai dire on pourrait m'objecter que dans certaines tumeurs même malignes, telles que les adéno-épithéliomes, la tuméfaction ganglionnaire du hile manque. Mais je puis dire que d'une façon générale dans le cancer du foie, l'engorgement ganglionnaire du hile est la règle et est un précieux élément de diagnostic.

Le deuxième point sur lequel je désire appeler votre attention est celui-ci. Lorsqu'on fait une ponction dans une tumeur du foie pour fixer son diagnostic, cette ponction peut être l'origine d'une hémorrhagie d'autant plus ennuyeuse que pour y remédier vous faites des sutures du parenchyme hépatique, l'hémorrhagie se reproduit par chacune des piqures que votre aiguille a faite.

Or je crois que vous pourrez faire une hémostase préventive en comprimant avec les doigts le pédicule du foie à son hile. J'ai essayé ce moyen chez le chien. Je l'ai essayé sur le cadavre, cela me paraît très facile à réaliser et applicable au cours d'une opération sur le foie.

Discussion sur la gastro-entéro-anastomose.

M. Paul Reynier. A propos du malade opéré par le procédé de M. Souligoux, que M. Picqué nous a présenté à la dernière séance, M. Monod, tout en rendant hommage à l'excellent procédé de M. Souligoux, est venu nous faire part d'un cas de gastroentérostomie, faite par ce procédé dans son service, cas dans lequel le malade était mort au bout de quelques jours avec des vomissements bilieux incessants, dont la raison était restée inconnue.

J'ai alors demandé à M. Monod, si son malade avait été opéré par la gastroentérostomie simple, ou bien s'il avait fait la torsion de l'anse intestinale, avant de la suturer à l'estomac. M. Monod m'a dit que la torsion n'avait pas été faite. Je lui ai alors répondu, qu'il avait bien pu se produire dans ce cas une dilatation du bout supérieur de l'intestin par les matières venues de l'estomac, et la bile qui y est normalement déversée ; cette dilatation se produisant, le bout supérieur vient comprimer le bout inférieur, et il en résulte ainsi une véritable occlusion intestinale, qui se traduit par

des vomissements bilieux incessants, et sans matières fécaloïdes probablement à cause de la hauteur où l'occlusion intestinale se produit.

Pour ma part j'ai perdu ainsi mes deux premières gastroentérostomies. Or à l'autopsie de l'un de ces malades, faite par mon interne, M. Flœrsheim, qui m'a transmis cette observation, on pouvait voir très nettement la portion supérieure de l'intestin, c'est-à-dire le duodénum dilatée, faisant un coude avec le bout inférieur, qui était aplati, et comprimé.

En pressant sur ce bout supérieur, on faisait refluer les matières qu'il contenait, dans l'estomac, par le nouvel orifice de communication, mais rien ne passait dans l'intestin sous-jacent. En injectant par l'œsophage de l'eau dans l'estomac, l'eau pénétrait dans le bout supérieur, et rien ne passait dans le bout inférieur. Si vous vous reportez à la figure que je fais ici sur ce tableau, vous pouvez voir, en effet, que quand on suture la première portion du jejunum à la face antérieure de l'estomac, sans faire de torsion de l'anse intestinale, la lumière du bout supérieur se trouve dans la direction que suivent normalement les matières introduites dans l'estomac pour en sortir. Dans ces conditions il y a plus de tendance à ce que les liquides, et les matières stomacales s'introduisent dans le bout supérieur, que dans le bout inférieur. Le premier se remplira donc, avant que rien ne passe dans le second.

Ce ne sont pas là des faits nouveaux que je vous signale. On en a parlé dès le début de la gastroendérostomie. Wolfler Lucke, Guinard, Chaput, dernièrement encore Villar, de Bordeaux, insistaient sur cette dilatation du bout supérieur.

Il s'agit donc là d'un accident parfaitement connu, sur lequel des explications diverses ont été données.

Tenant compte de la disposition des organes, telle que je viens de vous l'exposer, que crée la suture simple de l'anse jejunale à l'estomac, les uns ont dit que les contractions péristalliques avaient tendance à pousser les matières gastriques vers le bout de l'intestin, qui est dans la direction du pylore normal, et qui est dans ce cas le duodénum ; les autres, comme Doyen, montrant que l'estomac est non pas transversal, mais vertical, ont invoqué plutôt la simple action de la pesanteur.

Quoi qu'il en soit, c'est un fait palpable. Il y a des malades, opérés de gastroentérostomie, qui meurent au bout de quelques jours d'occlusion intestinale se traduisant rien que par des vomissements bilieux.

Une autre preuve de ces faits, s'il était nécessaire d'en donner d'autres, réside dans les nombreuses opérations, qui ont été indiquées par les chirurgiens pour obvier à cet accident.

Lucke, le premier je crois, puis Wölfler ont proposé de faire la torsion de l'anse intestinale, pour mettre le bout inférieur dans la position du bout supérieur.

Cette torsion a été préconisée depuis par Guinard, Villar, Doyen, et nombre d'auteurs. Pour mon compte c'est aussi la pratique que je défends comme la plus simple; car ceux qui ne veulent pas y avoir recours ont inventé des opérations beaucoup plus compliquées.

Tel est, par exemple, l'abouchement du bout supérieur dans le bout inférieur imaginé par Chaput, avec ligature du bout supérieur entre l'estomac et l'ouverture entéro-anastomatique. Dans le même ordre d'idées, Roux a proposé de remplacer l'implantation latérale par l'implantation directe du jejunum à l'estomac; et dans l'intestin ainsi implanté, il vient au-dessous de la bouche stomacale aboucher le bout supérieur.

Kocher essaie de créer une valvule jejunale, qui ferme l'orifice du bout supérieur.

Jaboulay tout en faisant la gastroentérostomie simple, remédie à l'encombrement dans le bout supérieur en l'abouchant dans l'anse du jejunum sous-jacente, faisant ainsi une gastroentérostomie, et une jejunojejunostomie.

Après tout ce que je viens de dire, vous ne trouverez pas étonnante ma surprise d'avoir entendu M. Quénu discuter à la dernière séance, l'opportunité de la torsion de l'anse intestinale au cours de la gastroentérostomie.

Je reconnais avoir lu qu'il s'est rencontré des cas heureux où l'opération a pleinement réussi quand bien même la torsion de l'intestin, ou les opératiens complexes dont je viens de parler n'ont pas été faites.

Mais à côté des cas heureux, il y a eu les cas malheureux. Ces faits sont évidents, indiscutables, et ce sont surtout ceux-là qui doivent attirer notre attention.

Nous voyons, en effet, comment meurent les malades dans les cas malheureux, et souvent dans les cas heureux, nous ne savons pas exactement comment ils guérissent.

Je fais remarquer encore que même dans les cas de guérison, on ne peut pas toujours dire que le cours des matières de l'estomac dans l'intestin se passe régulièrement.

Cette dilatation du bout supérieur peut se faire non plus brusquement comme je viens de le dire, et produire des accidents rapides d'occlusion intestinale, mais elle peut aussi se faire lentement, et n'occasionner que des accidents de stase, de fermentation, préjudiciables à la longue pour les malades.

C'est en ayant en vue surtout ces accidents, que Jaboulay a proposé son opération.

Enfin, je crois que la gastro-entérostomie simple sans torsion réussira d'autant plus qu'on s'éloignera davantage de la portion fixe du duodénum, du ligament de Treitz. Plus on en sera distant, moins l'intestin sera tiraillé, moins il aura de la tendance à se couder. Or, plus il restera horizontal, plus facilement les matières passeront de l'estomac dans le bout inférieur. J'ajouterai encore que dans quelques cas heureux, dans les manœuvres qu'on fait pour approcher l'anse intestinale de l'estomac, on peut avoir fait sans le savoir, involontairement, la torsion que je préconise.

Quoi qu'il en soit, je résume cette communication en disant qu'on doit, en faisant la gastro-entérostomie, avoir crainte de cette dilatation du bout supérieur. Pour l'éviter, trouvant trop longues, trop complexes, toutes les opérations de Roux, de Kocher, de Jaboulay, je crois avec Wolfler, Guinard, Villar, qu'il est suffisant de faire la torsion de l'anse intestinale, de manière à mettre le bout inférieur dans la direction du mouvement des fibres péristaltiques de l'estomac.

C'est une opération simple et facile qui ne peut avoir que des avantages.

La seule objection qu'on puisse faire à cette pratique est l'obligation pour la bile de passer dans l'estomac, avant d'aller ensuite dans l'intestin. Nous savons toutefois, d'après les faits de Dastre, de Terrier (cholécysto-gastrostomie), que la bile ne paraît occasionner aucun trouble pour la digestion stomacale.

Ce n'est donc pas une contre-indication à cette torsion de l'anse, qui m'a donné dans ces derniers temps de très bons résultats.

En tout cas, la connaissance de ces faits justifiait ma question à M. Monod, et l'application que je lui soumettais des accidents présentés par mon malade.

M. Quénu. — Je ne me suis pas permis de dire que l'explication de M. Régnier ne valait rien, j'ai dit : J'ai fait bon nombre de gastro-entérostomies avec le bouton de Murphy, j'ai des malades qui ont survécu un an, quinze mois et dix-huit mois. Je n'ai pas fait la torsion, je n'ai pas observé les accidents qu'on signale.

M. Chaput. — Les vomissements consécutifs à la gastro-entérostomie s'expliquent soit par la formation d'un éperon sur l'intestin grêle, au-delà de l'anastomose, soit par la coudure du côlon transverse bridé par l'anse intestinale qu'on a portée au contact de la paroi stomacale antérieure.

Lorsqu'il y a formation d'éperon, d'une part les liquides stomacaux passent dans le bout supérieur et s'y accumulent, d'autre

part, la bile ne peut s'écouler qu'en passant dans l'estomac. La distension du bout supérieur aboutit fatalement à la rentrée des liquides dans l'estomac, soit par le pylore, soit par l'orifice de la gastro-entérostomie.

J'ai observé deux fois des vomissements incoercibles après la gastro-entérostomie, et, dans les deux cas, l'autopsie a révélé la distension du bout supérieur.

MM. Monod et Jayle ont publié à la Société anatomique deux faits très intéressants de vomissements incoercibles avec distension du bout supérieur, le dessin qu'ils en donnent est très démonstratif et représente exactement ce que j'ai observé moi-même.

Le mécanisme de la formation de l'éperon et celui de la coudure du côlon transverse s'expliquent par la brièveté du mésentère de l'intestin grêle.

Cette brièveté peut être congénitale et siéger sur toute la longueur du mésentère, mais elle peut être due à ce qu'on a choisi une anse grêle trop rapprochée du duodénum. Il est donc indispensable de dévider l'intestin sur une longueur d'un mètre s'il le faut, jusqu'à ce qu'on arrive à une portion munie d'un mésentère suffisant.

Il existe plusieurs procédés pour éviter la formation de l'éperon. D'abord le procédé de Billroth qui consiste à suturer l'anse grêle avant et après l'anastomose, de manière à lui donner une situation rigoureusement horizontale. M. Monod a employé un procédé analogue en suturant l'anse à l'estomac, mais seulement en amont de l'anastomose.

D'autres auteurs, Lauenstein, Jaboulay, Chaput, Braun, ont conseillé une entéro-anastomose complémentaire, pour assurer l'écoulement des matières et de la bile dans le bout inférieur.

Enfin, la troisième méthode consiste à faire la torsion de l'anse grêle à la façon de Lücke et Rockwitz.

Ce dernier procédé est de beaucoup le plus simple, le plus rapide et le plus efficace, de telle sorte que j'ai renoncé aux entéro-anastomoses et que je n'emploie plus que la torsion de Lücke, d'accord en cela avec mon collègue Reynier.

M. Ricard. — Je viens apporter un fait à l'appui de l'opinion de M. Reynier. J'ai eu à opérer une malade du service de M. Rendu, à l'hôpital Necker, chez laquelle on avait porté le diagnostic de retrécissement inflammatoire de l'orifice pylorique.

Cette malade avait, lorsque je l'opérai, des vomissements alimentaires incessants. Je fis une laparotomie, explorai l'orifice pylorique et trouvai une tumeur cancéreuse. J'amenai alors une portion du jéjunum contre la face antérieure de l'estomac et j'établis la communication entre

cette anse et l'estomac. Tout de suite les vomissements alimentaires cessèrent. Mais bien vite ils furent remplacés par des vomissements bilieux incessants, si bien que l'état de la malade devenant inquiétant, j'intervins à nouveau le dixième jour. Je constatai une dilatation considérable de l'anse que j'avais fixée en amont du point de communication avec l'estomac et un affaissement complet de la portion d'intestin placée en aval. Ayant fait cette constatation, j'en conclus que le contenu de l'estomac ne passait pas dans les portions inférieures de l'intestin, et pour réaliser ce passage, je fis une entéro-anastomose entre l'anse fixée à l'estomac et une anse grêle placée au-dessous. Immédiatement après cette deuxième intervention les vomissements bilieux cessèrent.
La malade mourut dix-huit mois plus tard.

Je constatai à l'autopsie que l'anse anastomosée à l'estomac présentait, immédiatement au-dessous de son anastomose, un éperon qui formait un obstacle au passage facile des aliments de l'estomac vers les portions intestinales inférieures.

Le deuxième orifice que j'avais créé permettait au contraire ce passage, et mon opération, véritable expérience physiologique dans le cas présent, vient corroborer l'exactitude des faits signalés par M. Reynier.

Discussion sur l'intervention chirurgicale dans les lésions du poumon.

M. Bazy. — Les communications faites par M. Quénu et par M. Tuffier dans d'autres Sociétés (Société anatomique et Société de biologie) vont me permettre de prendre la parole sur cette question de la chirurgie pulmonaire avant M. Tuffier, qui devait la prendre avant moi, et j'intitulerai ma communication : *De la pleurotomie exploratrice* ; *nouveaux faits démontrant l'innocuité de l'incision chirurgicale de la plèvre.*

J'avais l'intention de demander la parole pour venir vous apporter deux nouveaux faits démontrant l'innocuité de l'ouverture chirurgicale de la plèvre, lorsque M. Quénu vous a fait sa communication intitulée : « Recherches expérimentales et étude critique sur la chirurgie du poumon, par MM. Quénu et Longuet ».

Je n'aurais pas pris la parole à propos de cette communication si je n'avais été mis en cause dans les considérations générales qui précèdent l'étude expérimentale.

Voici les quelques réflexions que me suggérèrent ces considérations préliminaires :

Dans la discussion qui a eu lieu ici de novembre 1895 à janvier 1896, sur la chirurgie du poumon et en particulier sur l'explora-

tion chirurgicale du poumon, deux seulement des orateurs qui ont pris la parole ont soutenu la possibilité et la nécessité de faire cette exploration sans ouvrir la plèvre. Ce sont MM. Quénu et Tuffier.

Or, voilà que ces deux collègues, chacun de son côté, s'ingénient à trouver un procédé qui leur permettra d'ouvrir cette plèvre pour faire cette exploration.

Ils jugent donc le procédé d'exploration extra-pleurale insuffisant, le décollement pleuro-pariétal impuissant : ils pensent donc que le seul moyen de bien explorer le poumon est de l'explorer *directement* en ouvrant la plèvre : ils font eux-mêmes, sans le dire, catégoriquement justice du procédé qu'ils ont défendu : ils le condamnent; je n'aurais pas mieux fait.

Néanmoins, un scrupule me prend au moment de leur adresser cette objection. En effet, M. Quénu, après nous avoir cité un cas d'exploration extra-pleurale du poumon dans lequel il l'avait employé avec l'aide de M. Tuffiier et en avoir vanté les mérites, n'en parle pas dans la note qu'il a remise au *Bulletin de la Société de chirurgie*. C'est ce que j'avais exprimé en disant que M. Quénu avait mis de l'eau dans son vin.

De même M. Tuffier, après avoir parlé ici même et dans la note beaucoup plus étendue qu'il a remise à la *Presse médicale* (16 novembre 1895) et d'après laquelle j'ai dû rédiger une réponse, après avoir parlé, dis-je, « de la *supériorité incontestable* du décollement pleuro-pariétal et des procédés bien supérieurs à ceux qui ont été décrits jusqu'ici » nous dit dans sa communication (*Bull. de la Soc. de chir.*, séance du 11 déc. 1895, p. 773) : « j'admets très bien que, dans certains cas, il soit inefficace ».

Du reste, quand on lit les observations, on s'aperçoit bientôt qu'il ne s'agit pas d'un procédé d'exploration, mais plutôt d'une erreur de lieu. On s'aperçoit qu'on n'a pas reséqué une côte trop bas et on va voir plus haut s'il n'existe pas une adhérence, si le foyer à ouvrir n'est pas à ce niveau. Il n'y a pas, à proprement parler, d'exploration extra-pleurale.

Je ne voudrais pas m'appesantir trop longuement sur cette modification dans les idées de mes contradicteurs, mais qu'il me soit permis de dire que si l'exploration extra-pleurale du poumon donnait d'aussi bons résultats que l'ont prétendu ses défenseurs, il ne serait pas nécessaire d'employer le scaphandre comme le veut M. Quénu ou le bocal à pression comme le veut M. Tuffier : il suffirait, une fois la lésion pulmonaire trouvée, à travers la plèvre intacte et simplement décollée, de fixer la plèvre pariétale à la plèvre viscérale par l'un des nombreux moyens proposés et d'aller

carrément, à travers les plèvres accolées et le poumon, ouvrir le foyer que l'on sait exister dans son intérieur.

Je laisserai donc MM. Quénu et Tuffier discuter entre eux sur les mérites respectifs du scaphandre et du bocal à pression, dans leur emploi chez les chiens, me gardant bien de toute appréciation sur leur application à la chirurgie humaine et évitant les objections qui se présentent en foule. J'essaierai seulement de vous montrer qu'on peut encore s'en passer.

J'aurais peut-être mauvaise grâce, après ce que je viens de dire et après la communication de MM. Quénu et Tuffier, à vous reparler du décollement pleural, mais je ne peux pas ne pas vous citer l'opinion d'un témoin oculaire sur la *facilité* du décollement pleural.

Voici, en effet, ce qu'en dit M. le professeur Terrier dans une leçon sur la pneumotomie faite à la Faculté de médecine (*Progrès medical*, 28 nov. 1896, p. 414) :

« J'ai vu opérer M. Tuffier et j'ai pu constater que, si facile que paraisse ce décollement, la plèvre avait été déchirée ; du reste, l'absence de tout accident indiquait que les feuillets pleuraux restaient en contact et qu'il ne se produisait pas fatalement de pneumothorax[1] ».

Voici d'abord les deux observations auxquelles j'ai fait allusion. Je les ai prises toutes deux dans le compte rendu du dernier congrès français de chirurgie. J'aurais pu les prendre, au moins l'une d'elles, dans le compte rendu des journaux, qui n'était évidemment que la copie d'une note remise par l'auteur; mais j'ai mieux aimé attendre le compte rendu officiel.

Le premier appartient au Dr Mauny (de Saintes) : « Dans le cours d'une néphrectomie, en raison des fortes adhérences qui existaient en arrière et en haut, le cul-de-sac pleural fut ouvert.

« Cette déchirure fut immédiatement suturée au catgut et je dois dire qu'il n'y eût dans la suite aucune complication du côté de la plèvre, ni la moindre gêne respiratoire ».

Comme vous voyez, le docteur Mauny ne fut nullement préoccupé par cette complication ou plutôt par ce petit incident. Il y insistait si peu dans son observation, que j'ai pensé devoir lui demander à quoi il avait reconnu l'ouverture de la cavité pleurale. Il m'a répondu :

« J'ai constaté, de visu, une déchirure de 3 centimètres environ

[1] Je lui signale ce passage pour qu'il en fasse justice (?) (voir *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, séance du 18 décembre 1895, p. 797) comme il l'a fait d'une note de MM. Terrier et Baudouin à propos de l'hydronéphrose intermittente insérée dans leur mémoire sur cette affection (*Revue de chirurgie*, 1891).

produite, au cours des manœuvres de dissection de la poche rénale, en arrière et en haut.

« Immédiatement nous avons pu entendre très nettement l'entrée et la sortie bruyante de l'air et les mouvements respiratoires sont devenus plus précipités (*Dixième Congrès de chirurgie*, 1896, p. 525.)

Voilà cette observation : le Dr Mauny n'a pas eu un seul instant d'émotion et ne pouvait en avoir.

Voici la deuxième observation, elle est beaucoup plus intéressante, comme vous allez voir.

Je copie la description de l'opération; il s'agit d'un kyste hydatique du poumon :

« L'incertitude du diagnostic anatomique me fait choisir le manuel opératoire suivant : Je pratique sur le bord postérieur de la ligne axillaire une incision oblique de 15 centimètres effleurant en haut la dixième côte, j'ouvre la séreuse péritonéale et j'explore la face convexe du lobe droit que je trouve normal, je ferme la séreuse très soigneusement. Au cours de cette incision, la séreuse (*sic*), (c'est probablement la séreuse pleurale), qui débordait largement la douzième côte, comme j'ai pu m'en assurer ultérieurement, est ouverte et une quantité *notable* d'air — vous entendez bien : une quantité notable — pénètre dans la cavité; l'orifice pleural est fermé par quelques points de suture. Le kyste ne pouvant être que pulmonaire, je prolonge mon incision jusqu'à la septième côte, j'ouvre le neuvième espace intercostal, je pratique le décollement pleuro-pariétal et je constate que l'exploration du poumon est impossible, parce qu'il existe une couche d'air dans la plèvre et que les deux feuillets pleuraux sont largements écartés, je résèque alors 8 centimètres des neuvième et dixième côtes, j'ouvre la plèvre, j'y introduis le doigt, sans rien trouver; je fends alors *largement* la séreuse, la respiration devient anxieuse, le pouls rapide. « Ces accidents passés, etc., etc. ».

Je n'insiste pas.

Cette observation est de M. Tuffier (*Dixième congrès de chirurgie*, 1896, p. 390). Dans le compte rendu de cette opération, il est dit que M. Terrier assistait à cette opération. Il serait intéressant de savoir si c'est à celle-là que M. Terrier fait allusion et si c'est d'après cette opération qu'il a rédigé la partie de la leçon à laquelle je fais allusion.

Mais je reviens à la deuxième observation que je viens de vous citer. Vous avez remarqué qu'il faut fendre *largement* la séreuse pour que la respiration devienne anxieuse et le pouls rapide, et encore peut-on attendre que les accidents passent : l'observation

ne disant pas qu'on ait dû employer des manœuvres spéciales pour les conjurer.

Vous reconnaîtrez avec moi qu'il n'y a pas là le plus petit reflet de l'émotion bien naturelle que doit éprouver le chirurgien au spectacle d'un accident qui met brusquement et dramatiquement la vie d'un malade en danger.

Puisque la respiration n'est devenue anxieuse et le pouls rapide que lorsque la plèvre a été *largement* ouverte, vous penserez avec moi que j'ai le droit de compter cette observation parmi celles qui démontrent l'innocuité de l'incision *chirurgicale* de la plèvre. Car je dois relever ici une erreur, involontaire sans nul doute de M. Quénu, mais dans laquelle il a tort de persister. Il me fait toujours dire que je considère comme non négligeable « la pénétration *large* de l'air dans la plèvre et le collapsus du poumon qui s'ensuit ». Dans ma communication au Congrès de chirurgie, dans la discussion qui a lieu ici, je n'ai *jamais* parlé de pénétration *large*, j'ai déjà insisté sur cette erreur : j'aurais bien voulu ne pas y revenir.

Je reviens à l'observation précédente ; je pensais, après l'avoir lue, pouvoir la compter à l'actif de l'idée que je défends, et de fait, puisqu'à l'ouverture *large* du poumon, tout s'était bien passé, et après l'ouverture large, les accidents ne paraissent pas avoir été bien sérieux.

Or, voyez comme il est difficile de s'entendre. M. Quénu la prend pour lui et s'en sert pour appuyer sa thèse. Il est vrai qu'il parle d'ouverture large, nous, ou du moins moi, nous ne parlons que d'ouvertures étroites. M. Quénu s'étonne de voir Kœnig se ranger parmi les partisans de l'innocuité de l'ouverture de la plèvre.

Si M. Kœnig dit que M. Quénu a pu, dans le cours d'une amputation du sein, faire à la plèvre, sans déterminer ni observer d'accident, une ouverture large comme une pièce de un franc, il pourra s'étonner à son tour de voir M. Quénu se ranger parmi ses contradicteurs et son étonnement redoublerait s'il convenait avec M. Quénu que cette ouverture porte sur une région particulièrement dangereuse.

Je relèverai encore une autre erreur de M. Quénu. Il a dit qu'une minorité avait voulu réagir contre les craintes du pneumothorax. Or, MM. Monod, Ricard, Bazy ont soutenu, s'appuyant sur des faits précis et des observations détaillées, la possibilité d'ouvrir cette plèvre sans danger.

MM. Tuffier et Quénu ont soutenu, sans donner à l'appui d'observations détaillées, le danger de cette ouverture ; il me semble qu'ils ne sont que 2 contre 3. La minorité, au moins numérique, est donc de leur côté. J'ai en outre démontré, par des observations

tirées de sa pratique, que M. Tuffier, quoi qu'il en dise, devait être rangé parmi les partisans de l'innocuité de l'ouverture *chirurgicale* de la plèvre. M. Quénu reste seul contre quatre.

Jusqu'à plus ample informé, il nous est donc permis de considérer l'ouverture *chirurgicale* de la plèvre comme une opération rationnelle et innocente, et il ne nous est pas prouvé que les méthodes ou procédés qu'on a voulu ou qu'on veut lui substituer, soient *rationnels et sans danger*.

Je terminerai par les conclusions suivantes :

1° Le décollement pleuro-pariétal, et l'exploration extra-pleurale du poumon sont abandonnés par leurs défenseurs, ils peuvent donc être considérés comme mauvais, ainsi que je l'avais soutenu.

Présentation de pièces.

Trépanation pour abcès cérébral consécutif à des lésions de l'oreille moyenne.

M. Paul Reynier. — Je vous apporte les pièces provenant d'un malade, que j'ai trépané dans mon service de Lariboisière, le 5 janvier dernier, pour un abcès consécutif à une otite moyenne.

Ce malade entrait dans mon service le 2 janvier, venant d'un service voisin. Il avait de la fièvre, de l'hébétude, se plaignait de douleurs de tête, répondait mal à ce qu'on lui demandait. Il présentait un écoulement par l'oreille, écoulement qu'il avait depuis un certain nombre d'années, nous disait-il, et accusait une vive douleur dans la région mastoïdienne. De plus, il toussait et présentait des lésions manifestes aux deux sommets.

Notre diagnostic fut otite moyenne d'origine bacillaire avec mastoïdite. Toutefois, étant donné l'hébétude du malade, nous faisions de grandes réserves au point de vue cérébral. Nous intervenions le jour même, en faisant une trépanation de l'apophyse matoïde, trépanation que vous voyez sur cette pièce, qui est un fragment du crâne comprenant le rocher, une partie du temporal et du pariétal y attenant.

Il s'écoula du pus par ma trépanation. Le malade, rapporté dans son lit, ne fut toutefois pas très amélioré par cette opération. La température baissa cependant. Le soir de l'opération, elle ne dépassait pas 37° et lendemain elle se maintenait à 37°,4, même le soir. Mais le surlendemain de l'opération, c'est-à-dire le 4 janvier, l'hébétude avait augmentée, le malade présentait des symptômes d'aphasie. Il n'avait aucun trouble de motilité. La température montait le soir à 38°,9 et le malade était très agité.

Devant ces symptômes, le 5 janvier je crus devoir intervenir de nouveau, ayant fait le diagnostic d'abcès cérébral.

Après anesthésie au chloroforme, je posai une couronne de trépan, en suivant les indications données par M. Poirier, à 3 centimètres au-dessus du conduit auditif. Après avoir agrandi, comme vous le voyez, avec la pince-gouge de Lannelongue et avec le trépan de Farabeuf, mon ouverture osseuse, j'incisai la dure-mère et mis à nu le cerveau qui, rouge, injecté, fit immédiatement hernie. Je ponctionnai alors la partie du cerveau qui se présentait à moi, en enfonçant l'aiguille exploratrice verticalement. Rien ne s'écoula.

Je me souvins alors d'un malade que j'avais opéré à Tenon, à peu près dans les mêmes conditions et qui avait présenté les mêmes conditions d'aphasie. Par une brèche osseuse pratiquée au même siège, j'avais enfoncé, comme je venais de le faire, une aigui le aspiratrice et mon exploration, avait été infructueuse. A l'autopsie, nous trouvions un abcès siégeant dans toute la partie postérieure du lobe temporo-occipital. Mon aiguille avait pénétré à quelques millimètres de cet abcès, dans la partie du lobe temporal qui formait sa paroi antérieure. En enfonçant un peu plus obliquement et en arrière, j'aurais pu pénétrer dans l'abcès.

Ce souvenir me décida à ponctionner en poussant mon aiguille obliquement et en arrière. Après avoir pénétré dans la substance cérébrale à peu près d'un centimètre, tout d'un coup j'eus la sensation qu'elle arrivait dans une cavité et en même temps je vis du pus arriver dans l'aspirateur.

Laissant alors l'aiguille en place et m'en servant comme guide, j'agrandis encore ma brèche osseuse et, avec le thermocautère, j'incisai la substance cérébrale, j'arrivai ainsi dans la partie antérieure de l'abcès, dont la limite est juste à l'extrémité de ma brèche osseuse qui, comme vous le voyez, empiète sur la suture temporo-pariétale. Je remplaçai mon aiguille par un drain et pansai, sans refermer ma plaie, avec de la gaze iodoformée.

Pendant toute cette opération, le malade ne présenta à aucun moment de phénomènes de réaction du côté des membres ou de la face.

Le soir de l'opération, la température était revenue à la normale.

Les symptômes d'aphasie avaient disparu. Mais le malade était toujours très agité.

Le lendemain 6 janvier, la connaissance était revenue ; l'agitation avait diminué. Mais la température, le matin de 37°,8, montait le soir à 39°,8.

7 janvier, T. matin, 37°4, soir 39°. — Le malade ne se plaignait plus de la tête. Il était redevenu tranquille. Un pansement fut fait. Par le drain, il ne s'écoulait plus de pus.

8 janvier, T. matin, 37°,8. — Le malade est dans une grande prostration. Il déraisonne de nouveau.

9 janvier, T. matin 39°,4. — Le malade meurt le soir dans le collapsus.

A l'autopsie, nous trouvions cet abcès complètement vidé dans la partie postérieure des deux circonvolutions inférieures temporo-occipitales. Le drain plongeait dedans ; mais, comme vous le voyez, il s'y

enfonce obliquement. Il n'existait aucun épanchement dans les méninges, mais en enlevant le cerveau, nous trouvons du pus dans le sinus latéral du même côté.

Du côté des poumons, nous trouvons, à gauche, une pleurésie purulente et dans les sommets des lésions tuberculeuses.

Dans le péricarde existe un épanchement assez abondant.

Dans la cavité abdominale, la rate est augmentée de volume et nous trouvons des ganglions mésentériques très développés et des ulcérations intestinales.

Ces lésions nous permettaient de penser que la mort était due à une infection purulente généralisée, dont le point de départ avait été la phlébite du sinus.

Telle est cette observation, qui me paraît instructive à plusieurs points de vue.

Elle montre une fois de plus combien, dans ces abcès consécutifs aux affections de l'oreille, on doit se défier de certains symptômes, qui peuvent conduire à des erreurs de localisation, si on ne se dit pas que ces symptômes sont dus à des phénomènes de compression. C'est ainsi que mon malade a présenté de l'aphasie par compression de la troisième circonvolution. Dans un cas, j'ai vu non seulement de l'aphasie, mais de la paralysie du membre supérieur.

J'ai encore à faire remarquer que dans ce fait, comme dans la majorité des cas, l'abcès occupait la partie postérieure du lobe temporo-occipital.

Dans ces conditions, la trépanation, faite d'après les indications de M. Poirier, c'est-à-dire à 3 centimètres pris sur une ligne verticale partant du conduit auditif, fait découvrir la partie antérieure des circonvolutions temporales et fait ainsi tomber en avant de l'abcès.

Pour être à son niveau, il aurait mieux valu reporter ma trépanation plus en arrière, dans cet angle inférieur du pariétal qui est compris entre la suture temporo-pariétale, occipito-pariétale et pariéto-mastoïdienne. C'est le conseil, d'ailleurs, qu'a donné Bergmann. La trépanation faite à cet endroit vous rapproche en même temps du sinus latéral, qu'on peut explorer, et qui se trouve contre la suture pariéto-mastoïdienne. Pour ne pas le blesser en opérant à ce niveau, il faut trépaner à quelques millimètres de la suture. Pour trouver ce point, je conseillerais d'élever une verticale partant du conduit auditif, prendre, comme l'indique M. Poirier, 3 centimètres sur cette ligne, et, à ce niveau, faire tomber sur cette verticale une ligne perpendiculaire sur laquelle on prendrait 3 centimètres.

Je crois qu'en trépanant dans ces conditions, on se mettrait dans des conditions meilleures pour ouvrir ces abcès qui, généra-

lement, je le répète, siègent, comme dans mon cas, dans la partie postérieure des circonvolutions temporo-occipitales.

Discussion.

M. Broca. — Cette pièce démontre que M. Reynier a fait une trépanation trop parcimonieuse de l'antre seul et d'autre part que si M. Reynier avait suivi la voie mastoïdienne et défoncé le plafond de l'aditus ainsi que je l'ai conseillé, il serait arrivé au sinus thrombosé et à l'abcès cérébral.

M. Paul Reynier. — Je réponds à M. Broca que l'abcès, même au niveau de la face inférieure, était encore séparé de la surface par une certaine épaisseur de substance cérébrale.

M. Berger. — La présentation de M. Reynier nous montre une fois de plus que l'aphasie, symptôme isolé, n'est pas une indication suffisante pour permettre une localisation permettant une intervention toujours efficace.

M. Poirier. — Je ne crois pas que, dans sa trépanation, portant sur l'apophyse mastoïde, M. Reynier soit arrivé au sinus pétreux. Mais la trépanation du crâne, faite dans le point que j'ai recommandé de choisir, me paraît bonne. Il ne l'a pas faite assez large, voilà tout.

M. Championnière. — L'aphasie est un symptôme qui peut être provoqué par une lésion étendue siégeant loin des circonvolutions frontales. Cette lésion agit par compression et porte au loin ses effets.

Si on veut se diriger uniquement avec un symptôme de localisation, on se trompe. Une association de symptômes de localisations peuvent vous guider, non une indication unique.

M. Brun. — Le fait rapporté par M. Reynier est absolument classique. C'est un abcès cérébral d'origine otique. Il en a eu la marche, il en a le siège. Seule, l'aphasie, due à une compression provoquée par un large foyer, a pu produire quelque incertitude dans la localisation de la lésion.

C'est un exemple qui nous montre qu'en trépanant dans la région mastoïdienne, en défonçant la voûte de l'aditus, on aurait suivi la voie la plus simple et la plus courte, ainsi que la majorité des cas similaires le prouvent.

M. Paul Reynier. — En écoutant les observations de mes collègues, je ne peux m'empêcher de penser qu'il est toujours plus facile de faire de la théorie que de la pratique.

MM. Brun et Broca me disent que j'aurais dû ouvrir la caisse plutôt que de faire la trépanation de l'apophyse mastoïde et que, par cette voie petro-mastoïdienne, j'aurais dû aborder l'abcès par sa face inférieure.

Je leur répondrai que je ne suis pas aussi partisan qu'eux de l'ouverture systématique de la caisse, qui est une opération plus sérieuse que la trépanation de l'apophyse mastoïde et qui ménage moins dans l'avenir l'audition.

N'ayant aucun renseignement sur mon malade, devant l'état fébrile qu'il présentait, je pouvais penser que l'ouverture des cellules mastoïdiennes suffirait. J'ai vu souvent des accidents paraissant graves s'amender à la suite d'une simple trépanation; et comme le diagnostic est toujours difficile dans ce cas (M. Berger ne vient-il pas de nous dire que des symptômes d'aphasie ne sont pas toujours l'indice d'une lésion cérébrale), dans ces cas-là, ne vaut-il pas mieux commencer par une opération simple, peu dangereuse, et qui peut être efficace?

Si c'était quelqu'un des vôtres, ne préféreriez-vous pas la trépanation des cellules mastoïdiennes à l'opération de Stacke, surtout si le diagnostic était encore hésitant? Ce sont ces considérations qui ont dicté ma conduite.

J'ai commencé par la trépanation de l'apophyse, puis deux jours après, voyant les symptômes s'accentuer, n'ayant plus de doute sur mon diagnostic, j'ai été à la recherche du pus par la voie qui me paraissait la plus directe, par la trépanation externe.

Évidemment, les pièces en main, si j'avais fait comme le conseillent MM. Brun et Broca, j'aurais pu voir la lésion du sinus et la traiter en conséquence. Mais je ne sais si j'aurais trouvé facilement, par cette voie, mon abcès qui était profondément situé.

Je suis heureux de voir M. Lucas Championnière confirmer ce que j'ai dit sur le peu d'importance qu'on doit attacher au point de vue de la localisation, quand il s'agit d'abcès, de certains symptômes qui sont des symptômes de compression.

Quant à M. Poirier, je lui réponds que, même en agrandissant comme je l'ai fait la couronne de trépan, mise suivant ses indications à 3 centimètres au-dessus du méat auditif et en l'étendant jusqu'à la suture temporo-pariétale, je ne me trouvais pas encore en avant de la partie des circonvolutions, qui était abcédée. Mon drain se dirigeait obliquement en arrière, tout en pénétrant à l'extrémité de ma brèche osseuse; si on remet les os en place, on peut voir, comme je l'ai dit, que l'angle inférieur du temporal correspondait bien plus à la position de l'abcès.

Présentation de malades.

M. Félizet présente un homme qui a été blessé à l'avant-bras par des fragments de vitre. La plaie était cicatrisée, l'homme continuait à souffrir. La photographie faite avec les rayons X a permis de constater l'existence d'un fragment de verre triangulaire au milieu des tissus.

Présentation de pièces.

M. Gérard-Marchant présente les pièces d'une autopsie de péritonite suppurée due à des abcès aréolaires du foie.

Observation. — Le nommé O'Sehanghnessy (Thomas), âgé de 55 ans, entré le 13 janvier 1897, salle Nélaton, n° 22.

Antécédents personnels. — Crises hépatiques de 1890 à 1895. Aucune colique hépatique depuis. Bonne santé.

Le 3 janvier 1897, frisson. Repos au lit. Grande lassitude. Pesanteur au creux de l'épigastre. Fièvre peu élevée. Diagnostic : embarras gastrique.

11 janvier. — Vive douleur dans le flanc et la fosse iliaque gauche. Le ventre se ballonne. Ni gaz, ni matières fécales depuis, mais pas de vomissements.

13 janvier. — Diagnostic de péritonite généralisée, porté par M. Gilbert, de cause appendiculaire. Il conseille l'intervention. M. Marchant voit le malade à 6 heures du soir et pratique la laparotomie à 9 heures.

Examen avant l'intervention. — Faciès péritonéal. Herpès des lèvres et du nez. Langue sèche. Soif vive. Température 38°,5. Pas d'ictère. Anurie.

Ventre ballonné, tendu, sonore, mais mat dans les flancs. Une pression forte détermine de la douleur dans les deux fosses iliaques.

Laparotomie médiane sus-pubienne. Flot de liquide café au lait clair *non odorant*. Anses intestinales recouvertes de fausses membranes.

Recherche de l'appendice, qui est libre, non augmenté de volume, mais le péritoine est vasculaire à sa surface. Résection, on ne constate aucune perforation de cet organe.

Aucune perforation de l'intestin grêle, ni de l'S iliaque, ni de la vessie.

Incision abdominale prolongée en haut. Pas de lésion du côlon transverse, ni de la face antérieure de l'estomac.

Le duodénum adhère à la vésicule biliaire, mais outre qu'il n'existe pas de fausses membranes à ce niveau, on ne fait sortir ni pus ni gaz par pression. Dans les flancs on éponge une grande quantité de pus, qui semble s'y renouveler, surtout à gauche, mais on ne constate aucune perforation des côlons.

Drainage. — Un litre de sérum. Mort douze heures après.

Autopsie. — Ventre ouvert. Plastron costal enlevé. Le diaphragme soulevé laisse apercevoir un foie volumineux (1800 gr.) s'étendant dans l'hypochondre gauche.

Le lobe droit est jaunâtre. Le lobe gauche a une coloration toute différente, il est rouge vineux, sa face supérieure est plus saillante et l'on voit par-ci par-là des petites élevures blanchâtres. Le doigt promené à la surface crève tout à coup une de ces élevures, il s'en échappe une assez grande quantité de pus jaunâtre assez épais. La face convexe où l'on observe ces détails ne présente pas de périhépatite.

Le foie soulevé, après avoir détaché l'adhérence de la vésicule au duodénum, est trouvé d'aspect normal à droite, mais la face inférieure du lobe gauche est *convexe* et présente même teinte et même particularité qu'à la face supérieure. Il n'existe pas non plus de périhépatite à son niveau. Ce lobe gauche, saisi entre les doigts, est nettement fluctuant.

Le foie est détaché et enlevé. On constate alors sur le bord postérieur du lobe gauche une fausse membrane épaisse, qui formait une des parois d'un abcès péritonéal circonscrit, rempli de pus. Cette fausse membrane recouvre une partie du diaphragme, le grand cul-de-sac de l'estomac, le mésocôlon et l'angle du côlon.

La rate en est enveloppée. Le pus a dû fuser de cet abcès au niveau du bord libre du côlon descendant.

Aucune lésion dans l'intestin.

La vésicule est petite, ratatinée, remplie d'une dizaine de calculs gros comme des pois, son fond était adhérent au duodénum, mais il n'existait pas de communication. Cette vésicule est vide de bile, paraît close. On ne retrouve pas le canal cystique

Coupe du foie : lobe droit. — Jaune à la coupe. On voit très nettement la coupe des vaisseaux biliaires qui accompagnent de gros vaisseaux-portes.

Lobe gauche. — Siège d'une grande caverne (volume d'un citron). Tout autour, série de petits abcès de différentes grandeurs.

La coupe de cette portion du foie rappelle celle d'un poumon farci de cavernes. Toutes ces cavernes sont tapissées d'une membrane pyogène de 1 à 2 millimètres d'épaisseur. Elles contiennent un pus blanc épais. En certains endroits les parois des abcès se touchent, ailleurs, elles sont séparées par une mince lame de tissu hépatique. Au niveau des faces elles sont recouvertes seulement par le péritoine. Le bord tranchant du foie est seul constitué par du tissu hépatique, mais en pressant à son niveau on fait sourdre en certains points de la surface de coupe, une gouttelette de pus, qui s'échappe par un canalicule biliaire reconnaissable.

Dans la grande caverne on voit des vaisseaux disséqués.

Le canal hépatique du lobe gauche n'a pu être isolé et étudié. Aucun calcul dans les cavités purulentes.

Examen bactériologique du pus de péritonite consécutive à la rupture d'abcès aréolaires du foie.

I. — Pus retiré de la cavité péritonéale au cours de l'opération.

Examen direct (16 janvier). — Le pus contient une grande quantité de globules blancs, des globules sanguins, de grandes cellules polygonales sans noyau apparent.

La coloration simple au bleu de Kuhne, la méthode de Gram faite au moyen du violet de gentiane phéniqué, la double coloration par le Gram et la fuschine aqueuse diluée, ne permettent de déceler aucun microbe.

Cultures. — On ensemence sur bouillon, sur gélose, sur gélatine à l'aide de plusieurs gouttes du liquide purulent ; ces ensemencements, faits le 16 janvier, au matin n'ont donné aucun résultat après cinq jours.

II. — Après l'autopsie, l'examen direct du pus des abcès aréolaires du foie, fait à plusieurs reprises, a montré un nombre très considérable de globules blancs ; mais aucun microbe n'a pu être décélé par les différentes méthodes de coloration.

Élections.

Au cours de la séance, la Société de chirurgie procède à l'élection de trois membres correspondants étrangers,

Nombre de votants : 33.

MM. Gardner........................ 33 voix
Novaro........................ 32 —
Lardy........................ 32 —

et de six membres correspondants nationaux.

Nombre de votants : 32.

MM. Barette........................ 31 voix
Ferraton........................ 30 —
Chupin........................ 29 —
Lemaistre........................ 28 —
Roux de Brignolles............ 26 —
Binaud........................ 26 —

La séance est levée à 5 heures et la Société se réunit en comité secret.

Le Secrétaire annuel,

NÉLATON.

Séance du 3 février 1897.

Présidence de M. Ch. Monod et de M. Delens.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Ferraton, nommé membre correspondant, qui remercie la Société ;

3° Une lettre de M. Christovitot, qui envoie de nouveaux travaux à l'appui de sa candidature au titre de correspondant étranger ;

4° Une lettre de M. Th. Anger, qui sollicite le titre de membre honoraire ;

5° Un mémoire de M. Lafourcade (de Bayonne), intitulé *Fracture simultanée des deux rotules* (M. Chaput, rapporteur).

M. Brun présente, de la part de M. Carré, éditeur, une traduction de l'ouvrage de M. Lorenz (de Vienne), ayant trait au traitement des luxations congénitales de la hanche.

Installation du Bureau pour l'année 1897.

M. Monod appelle au bureau M. Delens et, en lui transmettant la présidence, s'exprime en ces termes :

Messieurs et chers Collègues,

Notre spirituel collègue, M. de Saint-Germain, dans son allocution de président sortant, en 1881, coupait court aux remerciements qu'il vous adressait, alléguant la nécessité de se réserver quelque chose à dire pour la séance suivante, où, cédant la place au nouveau bureau, il devait, suivant l'usage, vous remercier encore.

Je n'ai point pris cette sage précaution, aussi me vois-je forcé aujourd'hui de me répéter. *Bis repetita placent,* dit-on. Je ne sais si vous serez de cet avis. Pour moi, je me plais à vous redire : que l'année qui vient de s'écouler comptera parmi les meilleures de mon existence, que c'est à vous que je la dois et que je ne saurais trop vous en exprimer ma reconnaissance.

J'invite notre nouveau président, M. Delens, et notre nouveau secrétaire annuel, M. Nélaton, à prendre place au bureau.

ALLOCUTION DE M. DELENS

Messieurs et chers Collègues,

En vous remerciant du très grand honneur que vous m'avez fait en me nommant votre président pour 1897, je ne me conforme pas seulement à un vieil usage, j'accomplis avant tout un devoir et je saisis avec empressement l'occasion d'acquitter vis-à-vis de la Société de Chirurgie une dette de gratitude.

Vous avez voulu, je le sens, récompenser une assiduité de vingt années à vos séances bien plus que la part trop minime que j'ai pu prendre à vos travaux. Mais, s'il ne m'a pas été donné de participer plus activement à vos discussions, c'est du moins avec un intérêt sans défaillance que j'ai pu suivre le développement étonnant de la chirurgie dans ces dernières années.

C'est ici qu'il s'est révélé à moi, grâce à vos savantes communications, et les heures passées dans cette vieille salle, si défectueuse pourtant à bien des égards, compteront toujours pour moi parmi les meilleures et les plus instructives. Permettez-moi d'ajouter que j'ai eu la satisfaction de n'y jamais rencontrer que des visages amis.

Si donc, par l'exactitude à remplir les nouvelles fonctions que votre bienveillance m'a confiées, je puis contribuer à maintenir la Société de Chirurgie dans les traditions auxquelles elle a toujours été fidèle, j'estime que j'aurai, dans la mesure de mes moyens, payé la dette contractée envers elle.

Je n'ai point à vous tracer un programme nouveau. Il me suffira de me conformer à notre règlement et à nos usages qui sont excellents d'une manière générale, et, pour le détail, de suivre les indications formulées dans la dernière séance par mon honorable prédécesseur. Mais je manquerais à la fois à la politesse et à la justice si, avant de reprendre notre ordre du jour, je n'adressais, en votre nom et au mien, les plus chaleureux remerciements aux

membres du bureau sortant qui se sont toujours montrés à la hauteur de leur tâche.

A propos du procès-verbal.

Traitement chirurgical du cancer du foie.

M. P. Michaux. — Au cours de la discussion sur le diagnostic et le traitement des tumeurs malignes du foie, notre collègue Tuffier a, dans l'avant-dernière séance, émis cette opinion que l'existence d'une adénopathie au niveau du pédicule hépatique constituait un signe d'une grande valeur dans le diagnostic des tumeurs malignes de cet organe. Le fait suivant que j'ai eu l'occasion d'observer à l'hospice d'Ivry, l'an dernier, démontre que ce signe n'a pas une valeur absolue.

Le nommé C..., âgé de trente-cinq ans, entre dans mon service au mois de juin 1896. Il présente un foie volumineux, débordant les fausses côtes de quatre travers de doigt environ ; il n'y a ni tympanite, ni ascite, ni dilatation du réseau veineux sous-cutané. Je soupçonne un kyste hydatique du foie, et propose la laparotomie qui est acceptée par le malade.

Laparotomie exploratrice sur le bord externe du muscle droit : le lobe droit du foie est particulièrement saillant, mais une palpation attentive ne révèle l'existence d'aucun kyste, d'aucune tumeur du foie. La surface de l'organe présente seulement en divers points, des taches jaunâtres, diffuses, dont la coloration tranche sur la coloration foncée du reste de l'organe.

En explorant la face inférieure du foie, je trouve une vésicule saine, ne contenant aucun calcul. Les canaux n'offrent aucune altération appréciable, mais je sens et je vois très nettement trois ou quatre ganglions indurés, notablement plus durs et plus volumineux qu'à l'état normal, qui entourent le canal cholédoque à son entrée dans le pancréas.

Je songe bien à extirper un de ces ganglions pour en pratiquer l'examen. Sont-ce des ganglions caséeux ou des ganglions cancéreux, telles sont les deux hypothèses qui me viennent à l'esprit. Dans la crainte d'amener de nouveaux troubles, je préfère m'abstenir de toute intervention ; l'abdomen est refermé. Suites absolument normales. Le malade quitte le service au bout d'un mois ; je l'ai revu, il y a quelques jours, sept mois après son opération. Sa santé générale est excellente, le foie est revenu à ses dimensions normales ; il s'agissait donc probablement d'une cirrhose de nature indéterminée.

Je ne puis croire, en présence de son excellent état général, à une dégénérescence maligne du foie ; d'autre part, le malade est

charbonnier, il absorbe chaque jour un certain nombre de petits verres, et il me semble plus logique de penser que nous avons eu à faire à une cirrhose et que les ganglions observés ne doivent pas être rattachés à une autre cause plus grave.

J'ai du reste observé, en 1893, à l'hopital Beaujon, un autre fait qui démontre combien ce diagnostic différentiel entre les tumeurs malignes du foie et de formes mal connues d'hépatite chronique, est parfois difficile, pour ne pas dire impossible, même à l'œil nu, au cours d'une laparotomie exploratrice. Il s'agissait d'une jeune femme de 23 ou 24 ans, chez laquelle la laparotomie exploratrice m'avait permis de voir à la surface d'un foie un peu volumineux, des taches blanchâtres, larges comme des pièces d'un franc, taches indurées qui m'avaient fait croire à des noyaux cancéreux du foie.

Or, il y a quatre ans que cette malade a été opérée. J'ai eu de ses nouvelles, trois ans après son opération, et elle était en parfait état de santé. Elle n'avait donc pas de cancer du foie, comme je l'avais cru, et ce fait démontre bien toutes les difficultés du diagnostic sur lesquelles j'insistais tout à l'heure.

Je demande à ajouter quelques réflexions sur le traitement des tumeurs malignes, et particulièrement des cancers du foie. J'ai pratiqué quatre ou cinq laparotomies exploratrices pour des cancers bien avérés de cet organe, et dans aucun cas je n'ai trouvé des lésions assez limitées pour justifier une ablation partielle d'un segment hépatique.

Je ferai à ce sujet une autre remarque qui me paraît très importante et sur laquelle mes collègues n'ont pas insisté. Tous ces sujets cancéreux présentent une résistance très amoindrie, et la simple laparotomie exploratrice n'est pas chez eux sans grand danger. On ne leur épargne des accidents graves et même mortels qu'en les entourant des plus grands soins, en conduisant avec la plus grande rapidité et en réduisant à leur minimum les manœuvres d'exploration nécessaires.

Enfin, pour terminer, je me rallie pleinement à l'opinion de mon collègue Tuffier; je pense, comme lui, que c'est surtout dans le cas de déchirure, de plaie, d'hémorrhagie du foie, que les intéressantes recherches expérimentales de M. Auvray trouveront leur plus juste et leur plus intéressante application.

M. Ricard. — Dans une des dernières séances j'ai incidemment parlé d'une observation de M. Terrier que je viens aujourd'hui vous communiquer.

Le nommé P. Charles, 57 ans, atteint probablement d'un cancer du foie, fut laparotomisé le 14 décembre 1895 à l'hôpital Bichat.

Le foie, volumineux, présentait une bosselure, qu'on pouvait attribuer à une collection liquide profonde. Il fut ponctionné à l'aide d'un trocart explorateur de l'appareil Potain.

Au lieu de me donner un trocart fin, ce fut le trocart moyen qui avait été stérilisé et je fis la remarque qu'il était un peu gros. La ponction suivie d'aspiration faite, on ne retira que quelques grammes de sang. Toutefois, après avoir enlevé le trocart, il y eut un jet de sang artériel par l'orifice de la ponction, jet d'ailleurs très facilement arrêté par une compression faite avec le doigt.

L'opéré fut très agité à la suite de cette opération et succomba le lendemain, au bout de vingt-quatre heures environ. La nécropsie faite par le D[r] Mignot, alors mon interne, permit de s'assurer qu'il s'était fait un écoulement de sang dans la cavité abdominale, évaluable à un demi-litre, et provenant de la ponction faite au foie. Du reste, la lésion était un carcinome du foie, elle fut vérifiée par l'examen histologique.

Je crois que la faute chirurgicale a consisté, non à pratiquer la ponction, mais à employer pour la faire un trocart trop volumineux.

De plus, si une ponction même avec un fin trocart donnait du sang, je crois qu'il serait indiqué de boucher la petite ouverture de la ponction avec la pointe d'un thermo-cautère ; ou bien de pratiquer à son niveau une compression avec une mèche de gaze stérilisée, laissée quelques temps à demeure.

M. Broca. — Je puis donner l'observation d'un fait analogue : je fus appelé auprès d'un homme âgé qui présentait une tumeur saillante dans l'hypochondre gauche et à la région épigastrique.

Cette tumeur était régulière, ronde, lisse et non bosselée, en sorte que, malgré la cachexie, on pouvait soupçonner l'existence d'un kyste hydatique. Je fis donc une ponction exploratrice avec un trocart capillaire ; il sortit quelques gouttes de sang et je retirai aussitôt le trocart. Le diagnostic était fait, c'était d'un néoplasme qu'il s'agissait.

Le malade succomba douze ou quinze heures après cette ponction, faite avec une aiguille capillaire. Ceci me permet de déclarer qu'une ponction est plus grave qu'une laparotomie exploratrice.

Car, si une hémorrhagie se produit pendant une laparotomie exploratrice, on peut y remédier ; si une hémorrhagie survient après une ponction, elle est fatale. J'ai fait récemment une laparotomie exploratrice sans aucun incident pour un cas semblable.

Discussion sur l'intervention chirurgicale dans les cas d'affection du poumon.

M. Tuffier. — Depuis notre dernière discussion de l'an dernier les faits cliniques de *pneumotomie sans adhérences pleurales* sont

trop peu nombreux pour modifier nos conclusions. Les partisans de l'*ouverture large de la plèvre*, et ceux qui défendent les *procédés extrapleuraux* et qui n'arrivent à l'incision de la plèvre qu'en dernier ressort restent donc en présence. J'ai publié, pour ma part, un fait de kyste hydatique du poumon sans aucune adhérence pleurale dans lequel le décollement pleuro-pariétal a échoué, mais il existait déjà dans ce cas complexe un pneumothorax avant le décollement pleural, et en voulant explorer le poumon j'ai déprimé la plèvre au point de l'ouvrir. J'ai exploré, avec l'index introduit dans cette déchirure, la surface pulmonaire sans rien sentir et j'ai dû faire une large pleurotomie. Je connais quatre autres faits de *décollement pleuro-pariétal*, deux de mon collègue Lejars et deux autres de mon collègue Brun, je ne sache pas qu'ils aient été accompagnés d'aucun accident opératoire. Je laisse donc aux observations ultérieures le soin de vous édifier sur la valeur de ce procédé.

Les faits que je viens vous apporter sont uniquement et exclusivement d'ordre expérimental, je les ai cités avec mon élève et ami Hallion à la Société de Biologie, mon collègue Quénu nous a suivi de quelques semaines dans cette publication et nous sommes arrivés aux mêmes conclusions générales. Mes recherches n'ont point porté sur l'étude de la provocation des adhérences pleuro-pulmonaires, je crois la pleuro-pneumopexie suffisante à cet égard quand il s'agit d'inciser un foyer connu et sous-jacent, mais il en est autrement dans les cas de *larges explorations* ou de *résections pulmonaires* sans adhérences pleurales. Nous avons cherché la prévention du pneumothorax dans ces cas par la *respiration sous pression*.

Ces essais remontent loin, puisque M. Terrier a présenté à son cours, il y a un an, les instruments qui me servaient alors et que j'expérimentais dans mon service.

Le *but* à remplir, c'est le maintien en contact des deux feuillets pleuraux malgré l'ouverture large de la plèvre, le *moyen* d'y arriver, c'est la pression intrabronchique suffisante pour neutraliser la rétractilité pulmonaire, c'est-à-dire pour faire équilibre à l'élasticité du poumon. Pour exercer cette pression intra-bronchique la trachéotomie suivie d'insufflation est à éliminer sans essai. Les récents travaux sur le *tubage* laryngé chez les enfants me firent m'orienter de ce côté et, après maints tâtonnements, j'ai adopté un tube laryngé muni d'un manchon de caoutchouc insufflable qui permet l'adaptation parfaite, l'appareil qui prend point d'appui sur toutes les surfaces et les cavités du larynx[1]. En somme, c'est un

[1] C'est un tubage que je dirais à la Trendelenburg, s'il n'existait depuis... toujours dans nos laboratoires de physiologie; j'en ai également retrouvé le dessin d'un modèle ancien de Krishaber.

tube à tampon. Ce tube est muni d'un ajutage en caoutchouc qui sort de la bouche du malade et permet l'anesthésie ou la pression à volonté. Ce tubage pourrait servir dans les opérations graves de la bouche et du pharynx, où la pénétration du sang dans le larynx gêne l'opérateur, s'il ne met les jours du malade en danger. Mes essais m'ont appris que ce tube si facile à introduire chez l'enfant est placé un peu plus difficilement chez l'adulte en état de sommeil anesthésique.

L'ouverture *très large de la bouche* et la notion anatomique de l'ouverture du larynx regardant *tout à fait en arrière* sont deux éléments de réussite qu'il ne faudra pas oublier pour adapter le tube convenablement chez l'homme. Mais le rétrécissement laryngé étant pratiqué chez les animaux très facilement, nous sommes en possession d'un moyen inoffensif et efficace d'obturation parfaite du larynx, et le moulage des manchons de caoutchouc sur les ventricules est tel qu'une traction même énergique sur l'appareil ne risque point de l'enlever. L'appareil maintenu pendant un quart d'heure est inoffensif pour les animaux.

L'intubation pratiquée, nous avons la facilité de comprimer de l'air dans les bronches sans provoquer de délabrements et d'empêcher ainsi, au moment d'une ouverture pleurale, la formation d'un pneumothorax. Mais il était nécessaire de savoir au préalable si la pression intrabronchique nécessaire pour neutraliser l'élasticité du poumon, ne mettait pas obstacle à la circulation pulmonaire, ni à la circulation générale, si cette pression pouvait être maintenue et combien de temps elle pouvait l'être. Sur ce point la question a déjà été étudiée, nous savons que le renversement des termes de la respiration normale, c'est-à-dire la respiration artificielle qui rend la pression positive dans l'inspiration et négative dans l'expiration, permet cette circulation. Mais, d'autre part, les expériences nombreuses ont prouvé que la pression intra-bronchique élevée à 33 millimètres de mercure, arrête la respiration. Mais notre but n'est pas de mettre obstacle à la rétraction du poumon. Cette rétraction fait équilibre sur le vivant à une pression de 6 millimètres de mercure. Il nous faut donc savoir si une pression intra-bronchique de un centimètre gêne ou arrête la circulation et dans quelles limites elle est compatible avec la vie.

Pour élucider ce second point nous avons, M. Hallion et moi, enregistré, par des graphiques nombreux, la pression *simultanée* dans l'artère pulmonaire, l'artère radiale et une artère viscérale, l'artère rénale, pendant la respiration sous pression intra-bronchique. Ces tracés nous ont montré que la circulation n'était pas entravée par ce mode de respiration, et que les modifications qu'elle présente sont parfaitement compatibles avec la vie, il n'existe qu'un

abaissement de la tension artérielle dans le système de la grande circulation.

Nous pouvons donc *provoquer* et *maintenir* une pression intrabronchique suffisante pour résister à la rétraction pulmonaire sans provoquer aucun accident et le tout sans aucun désordre ni opération sur le larynx et les bronches. Je n'insisterai pas sur le dispositif qui nous permet d'obtenir cette pression, ce n'est qu'un appareil qui n'est pas encore sorti du laboratoire, dispositif que nous avons montré à la Société de Biologie. Assurément la question que nous traitons actuellement n'est qu'à l'étude. Je ne puis vous dire sa destinée clinique, j'aurais voulu vous apporter ici des conclusions fermes et un travail achevé, les hasards de la clinique ne m'ont pas encore permis cette réalisation.

Je veux signaler encore un autre fait expérimental qui permet le tubage et la respiration sous pression. C'est la possibilité d'insuffler le poumon dans les cas de pneumothorax par lésion pleuropariétale. Lorsqu'on a pénétré largement dans la plèvre, quand son feuillet pariétal est ouvert, quand on peut faire disparaître de suite le pneumothorax et provoquer la réapplication exacte des deux feuillets pleuraux, il suffit d'effectuer une insufflation pulmonaire de tension supérieure à l'élasticité du poumon et si on prend soin de permettre l'évacuation totale de l'air pleural par la plaie thoracique, il n'y a plus qu'à suturer la plaie avant de supprimer l'insufflation, pour que le poumon reste dans ses rapports normaux.

Ces faits m'ont amené à chercher la situation, la forme, les rapports du poumon rétracté après un pneumothorax — et tout ce que j'ai constaté montre que la rétraction du poumon change considérablement les rapports entre l'incision thoracique et la lésion pulmonaire. Ces changements de rapports sont dus à l'inégale rétractilité du poumon suivant ses différentes régions. La base, la face diaphragmatique et le lobe inférieur constituent la région où ces variations sont le plus notables. Pour constater et étudier cette rétraction, j'ai ouvert la plèvre sur huit sujets à l'amphithéâtre de Clamart; mais l'injection conservatrice des cadavres altère l'élasticité pulmonaire et, comme sur ces huit sujets il y avait des adhérences, je n'ai pu tirer de conclusion de ces faits. J'ai recherché alors sur des cadavres de l'hôpital de la Pitié, au moment des autopsies, et voici les résultats que nous avons constatés, avec le concours de mes internes Gosset, Wiart et Dujarier, sur huit poumons dépourvus de toute adhérence chez des sujets adultes. La cage thoracique et la plèvre étant ouvertes et l'abdomen intact, le poumon se rétracte en haut et en dedans, si bien que le sommet et la partie postérieure s'écartent relativement peu du plan costal,

de même que les languettes précardiaques, mais tout le lobe inférieur et la base des poumons remontent environ dans les limites suivantes; le poumon droit répond par son bord inférieur sur la ligne mamelonnaire au bord inférieur de la 6e côte; sur la ligne axillaire elle descend à 1 centimètre au-dessous de la ligne axillaire. Ce bord est situé à 12 ou 13 centimètres du cul-de-sac costo-diaphragmatique. Le poumon gauche remonte un peu plus haut et son bord inférieur atteint la base postérieure de la 6e côte. Si une incision chirurgicale porte sur le tiers inférieur de la paroi latérale du thorax et provoque l'entrée notable de l'air dans la plèvre, on comprend quelles difficultés opératoires s'ensuivront.

L'inégale élasticité du poumon suivant ses différents diamètres se traduit plus nettement encore si on insuffle la trachée sur un cadavre dans les conditions que je viens d'indiquer. L'insufflation applique directement le poumon sur la paroi costale et le dôme thoracique, mais on a la plus grande peine à amener la base du poumon à la surface diaphragmatique.

Le pneumothorax constitue un danger et augmente les difficultés en chirurgie pulmonaire; il faut donc le regarder comme un accident. Je considère tous les moyens qui permettent de l'éviter comme des progrès en chirurgie pulmonaire. Si on est obligé d'ouvrir largement la plèvre pour réséquer un fragment du poumon ou même pour l'explorer au loin, la respiration sous pression permettra *peut-être* d'aborder plus facilement les lésions et d'explorer le poumon sur une plus large étendue. Les moyens d'aborder le poumon ne s'excluent pas, ils s'adressent à des cas différents, ils se complètent, et j'espère beaucoup que la chirurgie du poumon pourra, grâce à ces manœuvres, étendre son champ d'action.

M. Bazy. — Quoique M. Tuffier n'ait pas jugé à propos de citer mon nom dans la partie de son argumentation qui visait le côté clinique de la chirurgie du poumon, il est évident que c'est moi qu'il visait. Aussi n'éprouverai-je aucun embarras à lui répondre, et je lui répondrai directement. Il a parlé de dialectique dans l'argumentation. Les artifices de dialectique, c'est lui qui les emploie. Quant à moi, je n'ai cité que des faits et j'ai pris soin de citer les textes. Je laisserai de côté la partie expérimentale et ne m'occuperai que de la partie clinique.

A propos du décollement pleural, il faut distinguer la possibilité de le faire et la facilité que donne ce procédé pour explorer le poumon.

Pour ce qui est de la facilité, nous avons vu et entendu M. Berger, M. Poirier, si je ne me trompe, et d'autres le trouver très

difficile, comme moi-même. M. Tuffier le trouve facile. Vous avez entendu ce que j'ai lu à la dernière séance d'une leçon de M. Terrier disant qu'ayant vu opérer M. Tuffier, il l'avait vu déchirer la plèvre. Je n'insiste pas.

Quant à la facilité que donne ce procédé pour explorer le poumon, elle est jugée, puisque son promoteur M. Tuffier et son défenseur M. Quenu l'ont abandonné pour celui qu'ils viennent de vous exposer.

M. Tuffier nous dit que M. Lejars a publié deux cas de décollement pleural et M. Brun lui a donné connaissance de deux autres cas. La science ne saurait se contenter d'affirmations. Or, ni M. Lejars, ni M. Brun n'ont publié leurs observations. Par conséquent, elles ne peuvent en aucune manière servir à une argumentation, et j'ai lieu de m'étonner que dans ces conditions on les fasse entrer en ligne de compte. Au demeurant, ces réflexions ne s'adressent ni à M. Brun ni à M. Lejars. Si MM. Brun et Lejars publient leurs observations, nous verrons quelle valeur elles peuvent avoir au point de vue de l'exploration des poumons.

En citant le cas de kyste hydatique des poumons et en publiant le manuel opératoire suivi, j'ai évité de le discuter; mais puisque M. Tuffier m'y invite, je ne vois aucun inconvénient à le suivre sur ce terrain et je m'étonne qu'il n'ait pu avec le doigt sentir un kyste hydatique du volume d'un *œuf d'autruche* (c'est lui qui donne ces dimensions)! J'ai le droit de mettre cette observation à l'actif des idées que je défends, puisque (et j'ai cité ses propres paroles) aucun accident ne s'est montré jusqu'au moment où la plèvre a été *largement* ouverte. Or (je voudrais que ce mot LARGE fût écrit en caractères énormes) je n'ai jamais parlé d'ouverture large de la plèvre. En outre, si je relis le texte de M. Terrier parlant de l'opération de M. Tuffier, j'y vois que, quoique la plèvre eût été déchirée, « l'absence de tout accident indiquait que les feuillets pleuraux restaient en contact et qu'il ne se produisait pas fatalement de pneumothorax ».

Comment concilier ce texte avec celui de M. Tuffier qui dit que par l'ouverture pratiquée dans le cul-de-sac pleural une « quantité notable d'air pénètre dans la cavité pleurale ».

M. Tuffier. — La partie clinique que je viens de vous exposer a trait à l'ouverture large de la plèvre; elle ne s'adresse donc pas à M. Bazy mais à mon collègue Ricard, qui seul a présenté un cas de pleurotomie. Personne n'a jamais prétendu ici que l'introduction de quelques bulles d'air dans la plèvre constituait un danger sérieux. Quant à l'insuffisance du décollement pleuro-pariétal dans l'observation à laquelle j'ai fait allusion, on ne peut en tirer que la

conclusion suivante : Quand il existe déjà un pneumothorax, il n'y a pas lieu de recourir à ce décollement, et la pleurotomie devient nécessaire; c'est pour établir cette indication que j'ai publié le fait.

M. Bazy. — M. Tuffier vient nous dire maintenant que par l'ouverture du cul-de-sac pleural il n'est entré que quelques bulles d'air. Pourquoi a-t-il dit dans sa communication au congrès qu'il en était pénétré une quantité notable? Comment quelques bulles d'air dans la plèvre auraient-elles empêché l'exploration du poumon à travers la plèvre décollée? Toutes ces affirmations sont contradictoires.

M. Tuffier. — Je ne puis apprécier la quantité d'air qui avait primitivement pénétré dans la plèvre de mon malade que par ses effets. Elle était suffisante pour écarter les deux feuillets pleuraux, et quand j'ai mis à nu la plèvre pariétale il était impossible de voir le poumon chevaucher au-dessous et même de le sentir après avoir décollé la plèvre.

Lecture.

M. Boisseau du Rocher lit une communication intitulée : *Sur une méthode de traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus et les métrites.*

Renvoyée à une commission composée de MM. Routier, Lucas-Championnière et Reynier, rapporteur.

Présentations de malades.

1° *Fistule branchiale du cou,*

Par M. BERGER.

La jeune fille que je vous présente est âgée de 20 ans. Le jour même de sa naissance sa mère s'aperçut que l'enfant présentait une tuméfaction assez volumineuse au côté droit du cou. Le lendemain ou le surlendemain une ouverture se produisit spontanément, une assez grande quantité de liquide s'écoula et la tumeur disparut.

Depuis lors, jusqu'à l'âge de 6 ans, il y eut des alternatives continuelles, a intervalles très variables, de distension de la cavité et d'écoulement de liquide séparées par des périodes plus ou moins longues pendant lesquelles il n'y avait en apparence rien d'anormal.

Depuis l'âge de 6 ans jusqu'à 12 ans, la jeune fille ne présenta plus ni tuméfaction, ni écoulement et on pouvait la croire guérie, quand, à la suite d'une fièvre thyphoïde, à 12 ans, la tuméfaction se reproduisit, bientôt suivie d'une évacuation. Depuis cette époque la lésion a persisté avec l'aspect et les symptômes qu'elle offre aujourd'hui.

Le cou de cette jeune fille qui est, d'ailleurs très bien conformé, ne présente au premier abord et en temps ordinaire, aucune modification de forme. Il faut regarder avec beaucoup d'attention pour découvrir un peu en dehors du chef interne du sternocleidomastoïdien, un peu au-dessus de son insertion au sternum, une dépression dont les dimensions sont celles d'une très petite tête d'épingle ; cette dépression est recouverte par une squame épidermique ; elle ne présente pas d'orifice appréciable. Quand on soulève la peau la dépression s'accentue et on constate qu'il y a une adhérence aux parties profondes et qu'un petit cordon très mince et résistant s'étend du point en question vers le bord interne du muscle et gagne la profondeur.

Aucune tuméfaction, aucune bride profonde ne peut être constatée au-dessous du sterno-mastoïdien ; la mère de la malade affirme néanmoins que de temps en temps, sous le muscle, elle sent comme un cordon qui s'étendrait de bas en haut dans la profondeur du cou.



En pressant sur la région sous-thyroïdienne au-dessus de la fourchette sternale comme pour enfoncer le doigt sous le chef du sterno-mastoïdien, on voit, certains jours, le trajet qui unit la dépression cutanée à la profondeur devenir appréciable à la vue en dessinant un relief flexueux, comme si la pression y faisait refluer du liquide.

En répétant cette exploration j'ai fait couler par l'orifice situé au niveau de cette dépression, quelques gouttes d'un liquide grisâtre, filant, d'aspect muco-purulent. Ce liquide a été recueilli et l'examen microscopique n'y a démontré que des éléments du pus. Il y aura lieu de répéter cette recherche en la faisant porter sur une grande quantité de liquide, je n'ai pu, jusqu'à présent, obtenir qu'une fois cet écoulement.

La jeune fille et sa mère affirment que souvent il se produit vers la partie inférieure du cou, sous le sterno-mastoïdien, une tumeur qui atteint parfois le volume d'un œuf de pigeon ou d'une grosse noix. Le lendemain ou le surlendemain, l'écoulement se produit par l'orifice de la fistule et la tumeur a disparu.

L'écoulement du liquide n'est jamais continu : les intervalles qui séparent les périodes de réplétion de la cavité n'ont rien de régulier. Tantôt quelques jours suffisent pour que la poche se remplisse ; tantôt des semaines, des mois même se passent sans qu'il y ait aucun gonflement, aucun écoulement. La malade affirme même que parfois la tuméfaction se produit et disparaît spontanément sans qu'aucun liquide ne se soit écoulé par l'orifice cutané.

Il n'y a du reste aucun phénomène visible, aucun désordre fonctionnel appréciable. La phonation, la déglutition sont normales et ne s'accompagnent d'aucune gêne, d'aucune manifestation du côté de la fistule. Jamais il n'y a eu ni douleur, ni inflammation, ni rougeur ou irritation superficielle autour de la dépression cutanée.

J'ai prié M. le D[r] Gouguenheim d'examiner avec soin le pharynx de la jeune fille, principalement la région du pilier postérieur du voile et de l'amygdale, pour chercher à découvrir un orifice profond. M. Gouguenheim n'a rien pu découvrir qui le mît sur la trace de l'abouchement de la fistule dans le pharynx.

Il s'agit ici manifestement d'une fistule branchiale ; l'histoire racontée par la jeune fille et par sa mère l'indique; le siège de l'orifice externe, sa disposition caractéristique confirment le diagnostic basé sur les commémoratifs. Enfin, l'absence de tout symptôme, de phénomènes pathologiques quelconques, empêche de croire, même un instant, à l'existence d'une fistule d'une autre nature et d'une autre origine.

Le fait que la tuméfaction du cou disparaît quelquefois sans écoulement de liquide à l'extérieur, semblerait indiquer l'existence d'un orifice profond; mais on a vu que l'exploration du pharynx n'a jusqu'à présent pas révélé son siège et l'on peut douter qu'il s'agisse ici d'une fistule complète.

L'absence de toute déformation, de toute trace visible même, l'insignifiance des symptômes qui se réduisent à un peu de gonflement, à l'écoulement de quelques gouttes de liquide survenant à des intervalles souvent éloignés, m'a fait rejeter l'idée de toute opération radicale dont les traces laisseraient une déformation beaucoup plus fâcheuse que la petite cicatrice actuelle. Déterminé à ne pas tenter pour le moment l'extirpation, je n'ai voulu avoir recours à aucune des autres méthodes de traitement, qui sont insuffisantes et qui présenteraient le même inconvénient, j'ai cru devoir m'abstenir même de cathétériser le trajet pour ne pas dilater l'orifice extérieur qui est actuellement presque invisible.

Si cette fistule devient jamais pour celle qui la porte une cause d'ennuis ou d'accidents appréciables, il sera temps de recourir à l'extirpation du trajet, après avoir fait une exploration attentive.

Discussion.

M. Bazy. — J'ai eu l'occasion d'observer une fistule branchiale chez un jeune homme. Cette fistule n'avait pas été précédée de tumeur. Il existait sur la partie latérale du cou un petit orifice donnant issue à un léger suintement muqueux. Un stylet introduit dans cet orifice atteignait le niveau de la grande corne de l'os hyoïde. A la palpation, il n'y avait pas de cordon fibreux appréciable. Comme M. Berger, je donnai le conseil de laisser les choses en l'état, le trajet fistuleux, en effet, devait passer derrière les vaisseaux carotidiens.

M. Routier. — Je suis comme M. Berger ennemi de l'intervention sanglante, mais j'ai vu M. Le Fort obtenir la guérison durable de semblables fistules par l'électrolyse.

M. Berger. — Je connais deux cas heureux de Le Fort où la guérison fut obtenue par l'électrolyse, mais j'en connais beaucoup d'autres où l'électrolyse n'a point donné de résultats.

Je considère en tous cas l'intervention sanglante comme dangereuse en raison du voisinage des gros vaisseaux du cou et des nerfs de la région.

M. Ricard. — J'ai vu une jeune fille qui avait une fistule sus-hyoïdienne; de cet orifice partait un cordon fibreux que l'on pouvait suivre jusque dans dans le voisinage de la fourchette du sternum. Je pratiquai l'ablation de ce trajet fistuleux, mais au bout d'un mois une récidive se produisit. Je fis une nouvelle opération suivie d'une nouvelle récidive, enfin, à une troisième intervention, mon stylet s'engagea profondément du côté de la colonne vertébrale et j'arrivai à une cavité placée derrière le larynx que je renonçai à extirper. Je fis un *attouchement des parois de cette cavité avec un bourdonnet imprégné de chlorure de zinc* et j'eus la grande satisfaction de voir ma malade guérir. Cette guérison se maintient depuis quatre mois.

2° *Luxation ancienne du coude.*

M. Berger présente la photographie (rayons X) d'une luxation complète des deux os de l'avant-bras en arrière. On constate à merveille la disposition réciproque des extrémités osseuses déplacées. Le bec de l'apophyse coronoïde est situé dans la cavité olécrânienne; cette apophyse n'est pas fracturée. La cavité sygmoïde du cubitus ne paraît pas encore effacée ni modifiée dans ses dimensions. La tête du radius, dont la cupule se voit nettement en projection, a passé bien en arrière du condyle huméral. Il n'y a pas d'interposition apparente de parties molles entre les extrémités osseuses, ni d'ossification circonférencielle commençante.

Cette luxation date de quatre mois; on avait fait, le deuxième jour, une tentative de réduction qui n'a plus été renouvelée; on n'a depuis lors rien fait pour favoriser la mobilisation de la néarthrose ou pour ramener l'avant-bras à la flexion. On n'a même pas pris les soins nécessaires pour empêcher le poignet et les doigts d'être envahis par une raideur qui est actuellement très prononcée.

L'âge de la malade et l'ancienneté de la lésion font repousser toute tentative de réduction par les tractions. Il ne peut être ques-

tion non plus d'une réduction par l'arthrotomie. Depuis quelques jours la malade est entrée à la Pitié et on a commencé les massages et les mouvements communiqués pour rétablir les mouvements des doigts et rendre à la néarthrose du coude quelque mobilité. Si le résultat obtenu ne répondait pas à l'attente, on aurait comme ressource la flexion forcée avec ou sans rupture de l'olécrane et au besoin même la résection du coude.

3° *Ostéosarcome du pied.*

M. Reclus. — Je présente une malade à laquelle j'ai fait une résection de l'astragale atteint d'ostéosarcome. Je veux montrer ce que peut une intervention chirurgicale *limitée* en cas d'ostéosarcome. Chez la jeune femme que voici existait une tumeur volumineuse, siégeant au devant de la malléole externe et s'enfonçant profondément dans le tarse. La malade se refusait absolument à une amputation du pied. Par une large incision, je découvris la tumeur, je constatai qu'elle n'adhérait qu'à l'astragale et je pratiquai l'ablation de cet os seul.

Vous voyez aujourd'hui la malade guérie, et il y a quatre mois que l'intervention a eu lieu.

Il y a trois ans, j'ai eu à traiter un jeune homme pour un énorme ostéosarcome développé aux dépens du condyle interne du fémur, j'ai enlevé ce condyle interne seul par ostéotomie et j'ai conservé le membre inférieur à ce malade qui, depuis ce temps, jouit d'une parfaite santé.

Discussion.

M. Schwartz. — J'ai fait aussi avec un plein succès la résection de l'extrémité inférieure du fémur pour un sarcome à myéloplaxes. Cette opération remonte à deux ans et aucune récidive ne s'est produite.

M. Lejars. — J'ai présenté au dernier Congrès de chirurgie un malade auquel j'ai réséqué l'épaule, il y a cinq ans, pour un ostéosarcome globocellulaire. Il n'y a pas trace de récidive.

M. Reclus. — Je considère ces cas comme très heureux, car à côté de nos succès, nous devons placer nos revers, et si j'ai guéri le malade dont j'ai réséqué le condyle du fémur, j'ai perdu un malheureux étudiant roumain qui présentait une tumeur adhérente au condyle interne, traversait le creux poplité et s'engageait sous l'anneau du soléaire. Je m'étais borné à une résection et

j'eus une récidive au bout de trois mois. Il faut se garder de conclure d'après une seule observation.

Nomination de commissions.

Au cours de la séance, on a nommé une commission pour examiner les titres des candidats au prix Duval.

MM. Peyrot, Périer, Bouilly ont été nommés.

MM. Lejars, Gérard-Marchant et Th. Anger ont été désignés pour faire partie d'une commission destinée à l'élection d'un membre titulaire.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
NÉLATON.

Séance du 10 février 1897.

Présidence de M. DELENS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Un mémoire de M. BRAQUEHAYE, de Bordeaux (M. Broca, rapporteur);

3° Un mémoire de M. MALAPERT, de Poitiers (M. Richelot, rapporteur);

4° Quatre mémoires de M. LATRUCHE, d'Autun (M. Walter, rapporteur).

A propos du procès-verbal.

M. BAZY. — J'ai demandé à M. Lejars où il avait publié ses observations et il m'a répondu qu'il n'avait rien publié.

M. Lejars. – Les observations auxquelles MM. Tuffier et Bazy ont fait allusion ont été communiquées par moi à M. Fernet, qui les a relatées dans une clinique.

M. Tuffier. — J'ai cité ces faits parce que je les avais lus dans la clinique de M. Fernet. J'ai parlé de deux autres faits observés par M. Brun qui me les avait communiqués.

Discussion sur la chirurgie du poumon.

M. Quénu. — Le but de notre communication était de donner la démonstration expérimentale d'un fait positif, à savoir : la pathogénie infectieuse des adhérences pleurales. Dans les cas où l'on a pu se garder de toute infection primitive ou secondaire (ce qui n'est pas facile à obtenir), les adhérences entre les deux feuillets de la séreuse réunis par suture font totalement défaut.

Ces résultats n'ont pas été mis en discussion, nous avons tenu à soumettre nos pièces aux observations et aux critiques dans d'autres enceintes, mais ce n'est pas le lieu d'y insister. Nous avions fait précéder notre étude de considérations critiques sur les effets de la pénétration de l'air dans les plèvres. En effet, c'est la crainte du pneumothorax total qui nous avait conduit à une série de recherches ayant précisément pour but de provoquer les adhérences séreuses et de limiter, sinon de supprimer, le pneumothorax.

Cette crainte ne nous a été enlevée ni par les observations que nous a présentées M. Bazy, ni par les arguments qu'il a développés avec une verve que nous ne saurions trop apprécier.

M. Bazy s'est cantonné dans l'exploration digitale de la plèvre; or, il n'en a pas été question une minute dans notre communication. Dès le début, nous avons éliminé de notre critique tous les faits où existaient les adhérences et nous écrivions textuellement : « Seuls doivent être pris en considération les faits de plèvre intacte et d'un poumon qui n'est altéré qu'en un point central. » Et même nous avons eu tort de citer, comme exemple de pleurotomie sans adhérence, l'observation de M. Bazy.

L'observation de M. Mauny qu'il nous cite, sa nouvelle observation dont je ne méconnais pas l'intérêt, n'ont pas, au point de vue spécial qui nous sépare, une plus grande portée. J'ai insisté un des premiers sur l'irrégularité de rétraction du poumon, suivant les différentes régions où l'on opère. Les recherches récentes de M. Tuffier sur le cadavre, recherches qu'il nous a exposées dans le cours de cette discussion, sont venues confirmer ce que j'avais

avancé. Nous avions eu soin antérieurement de noter que, dans la région postérieure, le poumon se rétracte peu, que l'incision de cette portion de plèvre accolée à la plèvre diaphragmatique donne lieu à peu de tirage et à peu de pénétration d'air.

Nous avons encore dit, en citant à l'appui un fait personnel, qu'une ouverture étroite et de la dimension d'une pièce de 1 ou de 2 francs, mais rapidement bouchée, ne donnait lieu qu'à des accidents légers et temporaires.

L'observation de M. Mauny note que l'ouverture de 3 centimètres fut rapidement suturée au catgut. Je me borne à observer en passant que cette suture de la plèvre n'est pas toujours possible, en raison de la difficulté de rapprocher les bords sans déchirure de la séreuse. Quoi qu'il en soit de ce point spécial, les observations de M. Bazy, celle de M. Périer rapportée dans la thèse de M. Planet, l'observation de M. Mauny et la mienne, tout cela rentre dans un même ordre de faits. Mais précisément ce n'est pas de ces faits-là qu'il s'agit. M. Bazy s'est complu à nous mettre seul en face de notre opinion, il aurait pu en se laissant glisser sur la pente du raisonnement, nous mettre comme il l'a fait pour M. Tuffier, en contradiction avec nous-même, nous lui savons gré de n'avoir pas poussé jusque-là, l'amour de l'arithmétique.

Toute cette argumentation personnelle n'a pas grand intérêt, elle risquait d'être à côté de la question, et elle l'a été complètement. Nous ne pouvons que renvoyer notre contradicteur à nos conclusions qui sont textuellement les suivantes : « nos conclusions ne s'appliquent pas, au moins jusqu'à nouvel ordre, aux cas où des adhérences, même partielles, retiennent le poumon et l'empêchent de fuir. Au point de vue pratique en effet, nous avons eu spécialement en vue, et nous l'avons dit ici, la *chirurgie du thorax ;* nous avions rédigé tout un mémoire sur cette chirurgie, quand, dans un but d'application thérapeutique, nous avons entrepris nos expériences. C'est parce que j'avais été personnellement témoin d'accidents, je dirai volontiers dramatiques, dus à l'ouverture large de la plèvre que je m'étais posé le problème de la formation préalable des adhérences. Voici le cas auquel je fais allusion.

M. Th..., âgé de 49 ans, me fut adressé par le Dr André (de Péronne) le 5 février 1895. Il portait depuis dix ans dans la région thoracique au niveau de la sixième côte une tumeur dont voici les dimensions au moment de l'entrée à l'hôpital : dans le sens vertical elle s'étend du cinquième espace intercostal au bord inférieur de la neuvième côte et dans le sens antéropostérieur, de 1 centimètre du bord du sternum jusqu'à 2 centimètres de la ligne axillaire postérieure. Opération le 12 février 1895. J'espérais enlever le segment thoracique en respectant la plèvre, malheureusement la plèvre était fusionnée avec la tumeur

dans une large étendue, de sorte qu'une déchirure importante se produisit pendant le temps du décollement : immédiatement la respiration devint haletante, le pouls petit, filiforme, incomptable, la face cyanosée, la langue noire. La chloroformisation fut interrompue et on dut pratiquer la respiration artificielle, rapidement je terminai l'excision avec le costotome et nous pûmes voir le poumon complètement retracté dans la gouttière costo-vertébrale. Au plus vite je suturai les plans musculaires et la peau, le pouls revint à 92, mais la respiration demeura dyspnéique de 40 à 45 respirations par minute ; le pouls s'éleva à 120 et la mort survint le troisième jour dans le collapsus. A l'autopsie on ne trouva qu'un poumon atelectasié, congestionné.

La plupart des observations de pneumothorax avec accidents que nous avons citées concernent justement des cas de tumeurs de la paroi thoracique, pour lesquelles une résection large a été nécessaire. Nous savons tous que les abcès ou la gangrène du poumon comportent un certain retentissement sur la plèvre qui rarement est indemne.

Donc, nous le répétons, nos conclusions ne s'appliquent qu'aux cas où le poumon est libre. Un chirurgien de Buénos-Ayres, M. Klobet, publia dans la *Revue de chirurgie* de 1895 un court mémoire où il affiche, lui aussi, un dédain parfait du pneumothorax ; il conseille de tailler un lambeau en plein thorax et en pleine plèvre, et, dans l'unique observation qu'il cite, de larges adhérences pleurales ont été constatées *de visu !*

Nous pensons pouvoir démontrer :

1° Que l'ouverture large de la plèvre n'est pas innocente ;

2° Qu'il n'est pas jusqu'ici de moyen pratique de parer aux accidents.

Sur le premier point, nos expériences sont démonstratives ; il semble, en outre, que les accidents ne dépendent pas seulement de la suppression fonctionnelle d'un poumon et de la limitation brusque du champ respiratoire, ni seulement du refoulement dans le cœur droit d'une notable quantité de sang, chassée du poumon par la rétraction de son parenchyme, mais qu'il y ait encore une action réflexe exercée par l'air sur les surfaces pleurales. Nous avons noté, en effet, que l'obturation, même incomplète, de la brèche thoracique par une compresse amendait légèrement les accidents respiratoires et cardiaques.

Nous objectera-t-on qu'il ne faut pas conclure du chien à l'homme ?

Le mécanisme respiratoire est-il donc différent, et le vide pleural aurait-il un effet différent chez l'un et chez l'autre ? Mais qu'à cela ne tienne, les observations ne manquent pas chez l'homme.

J'ai cité déjà mon observation personnelle de chondrome thora-

cique ; je tiens à la disposition de mes contradicteurs les observations des auteurs que nous n'avons fait que citer dans notre mémoire.

Le second point se rapporte à la thérapeutique préventive du pneumothorax. Deux cas seulement de suture primitive, ceux de Cérenulle et de Roux ont donné des résultats satisfaisants ; dans l'un et l'autre, des adhérences existaient.

Donc, l'innocuité du pneumothorax total attend encore sa démonstration ; les malades ne meurent pas tous à la suite d'un pneumothorax total, pas plus que des animaux en expérience, mais faut-il donc qu'un accident soit toujours mortel pour qu'il soit réputé grave et pour tenir une grande place dans nos préoccupations ? Nous avons, sans émettre aucune affirmation ni prétention, indiqué qu'une méthode nouvelle, aujourd'hui encore simple expérience de laboratoire, pourrait, peut-être demain, éviter une grave complication opératoire dans des cas déterminés de chirurgie thoracique ; c'est aux faits et non à la dialectique, toute brillante qu'elle soit, de confirmer ou d'infirmer nos propositions. Quel sera le moyen le plus pratique de réaliser l'augmentation de pression intra-bronchique ? Nous avons, dans nos premières expériences, employé un masque, puis nous avons eu recours à la trachéotomie ; au début, nous supposions qu'une fermeture hermétique des voies respiratoires mise en communication avec un réservoir d'air comprimé était nécessaire, aussi nous ligaturions la trachée des chiens sur la canule, nous avons vu depuis que cela était bien inutile, il suffit d'une très faible pression de trois à cinq centimètres de mercure pour appliquer le poumon contre la brèche thoracique, dès lors, un courant d'air suffit ; peu importe qu'il se fasse des déperditions autour de la canule.

Une trachéotomie avec une canule ordinaire nous a permis, il y a quelques jours, de pratiquer chez un chien une brèche au thorax, d'inciser largement la plèvre et de voir le poumon demeurer appliqué contre l'ouverture ; le plan musculaire et la peau furent suturés, l'animal n'a aucunement souffert de ce traumatisme et aucun pneumothorax secondaire ne s'en est suivi ; jusqu'à nouvel ordre, ayant à opérer une tumeur thoracique adhérente à la plèvre, nous aurions donc recours à la trachéotomie préalable.

M. Tuffier nous dit : la trachéotomie est une opération grave aussi grave que la pleurotomie. Nous n'acceptons pas ce jugement pour une trachéotomie faite dans les conditions actuelles : en effet, l'opération finie, vous enlevez la canule et vous ne pouvez soutenir avoir, par l'incision de la trachée, fait courir de grands dangers à votre malade. Ce qui fait la gravité de la trachéotomie, c'est l'infection secondaire du poumon par la plaie maintenue béante, par

la suppuration qui en découle, par l'air non filtré au préalable ; aucune de ces complications n'est à redouter si, l'opération terminée, vous rendez à la respiration ses voies naturelles.

Je ne dis pas pour cela que le tubage doive être à tout jamais rejeté, s'il nous est démontré qu'il a dans l'espèce une supériorité sur l'incision trachéale, nous n'hésiterons pas à l'adopter : nous défendons une méthode et non un procédé.

M. Delorme. — A propos de la communication de M. Quénu, je tiens à rappeler que du jour où je pratiquai la décortication du poumon, j'eus à songer à son insufflation par des procédés analogues à ceux dont MM. Tuffier et Quénu vous ont parlé, c'est-à-dire à l'insufflation directe à l'aide d'un tube trachéal ou bronchique. Le chirurgien belge Lambotte, de son côté, a conseillé le même moyen. Je ne l'ai jamais employé sur le vivant ; je le juge compliqué et inutile. Les efforts de toux qu'on peut toujours provoquer de la part d'un malade anesthésié simplement à la cocaïne ou mal endormi (et je crois prudent, dans ces interventions pulmonaires, si l'on emploie le chloroforme, que le malade soit mal endormi ou qu'il ne le soit plus quand la paroi est incisée). Ces efforts de toux me semblent suffisants pour amener le poumon contre la paroi ou l'en rapprocher assez pour qu'on puisse l'y fixer par des sutures lâches et temporaires.

Dernièrement encore, j'ai été à même de constater toute l'influence de ces efforts de toux, même modérés sur l'ampliation pulmonaire. Pratiquant une incision latérale d'empyème sur un homme chez lequel la pleurésie était localisée en arrière, le poumon s'affaissa en partie dès l'ouverture du thorax et, avec le doigt, je constatai qu'un intervalle de plusieurs centimètres le séparait de cette paroi. Je demandai sur le champ au malade de tousser. Non seulement le poumon vint se rapprocher de la paroi thoracique, mais le bord inférieur d'un de ses lobes fit une grosse hernie et, à plusieurs reprises, je fis reproduire celle-ci, en redemandant au malade de tousser. En passant, je ferai remarquer que ce fait, avec d'autres, résume la théorie ancienne du mécanisme de production de la hernie pulmonaire.

Bien qu'il soit plus sage de laisser un procédé faire ses preuves plutôt que de le critiquer alors qu'il ne peut encore s'étayer que d'essais sur les animaux, je crois cependant devoir faire remarquer, en me basant sur quelques expériences cadavériques faites avec l'aide du Dr Mouly, que le moyen préconisé par notre collègue M. Quénu, pourrait peut-être ne pas donner tous les résultats qu'il en attend. En injectant de la cire dans le poumon pour lui donner la résistance qu'il a dans les cas d'abcès, de kyste, etc., et cela à

des profondeurs variables, à la surface, vers sa partie moyenne, de la surface vers la profondeur, nous avons constaté que si le poumon se rapproche bien de la paroi, après insufflation, lorsque la lésion est superficielle, dans les second et troisième cas, la partie indurée se déplace à peine ou ne se déplace pas. De plus, en insufflant le poumon, les parties voisines de la plaque indurée se développent, bombent et recouvrent plus ou moins le noyau d'induration dans le premier et le dernier cas, limitant ainsi le champ opératoire ; lorsque le noyau d'induration est central, l'insufflation de la lame saine qui le recouvre a pour effet d'en masquer le siège et d'en rendre les limites bien moins précises. Il se peut qu'en variant les conditions de l'expérimentation on obtienne des résultats différents. Toujours est-il que les expériences précédentes semblent, jusqu'à nouvel ordre, légitimer les quelques réserves que nous avons faites.

M. Bazy. — Le point de départ de la discussion à été l'exploration du poumon dans le cas de lésions pulmonaires.

Par conséquent tout ce qui n'est pas lésions pulmonaires ne peut rentrer dans cette discussion, or tout le monde sait que les lésions pulmonaires s'accompagnent toujours ou presque toujours d'adhérences pleurales, et je n'ai jamais parlé de pneumothorax total. Je n'ai donc pas dévié de la question, et si M. Quénu n'eût pris cette discussion pour point de départ de sa communication, je n'y aurais pas fait allusion.

M. Quénu. — M. Bazy prétend que je fais dévier la discussion et que je la transporte sur un terrain où elle ne devrait pas être. Il me semble que M. Bazy se trompe car c'est moi qui ai pris le premier la parole devant la société pour lui exposer le résultat de recherches commencées en mai 1896. Parlant de mes propres expériences j'ai choisi mon terrain et j'ai donné des conclusions, basées sur le résultat de mes expériences. Comment M. Bazy me reproche-t-il donc d'être en dehors de la question ?

Je comprends d'autant moins la critique de M. Bazy que je n'ai point combattu ses opinions, au contraire je suis d'accord avec lui lorsqu'il déclare que les accidents graves de pneumothorax ne sont pas à redouter si les incisions pleurales sont petites et qu'il n'y a que les incisions pleurales larges qui exposent à des dangers.

Mes conclusions tirées d'expériences faites sur les animaux pourraient peut-être soulever la critique parce que je les applique directement à l'homme, mais si mes collègues songent : 1° que la mécanique respiratoire est la même chez le chien et chez l'homme ; 2° que les résultats opératoires observés jusqu'ici chez l'homme ne paraissent pas discordants avec les faits que j'ai relevés chez les

animaux, ils me sauront peut-être gré des expériences que je leur ai communiquées.

M. Delorme m'a fait deux objections : En premier lieu, il me dit : les lésions du poumon sont superficielles ou profondes. Superficielles il n'est point besoin d'insufflation du poumon pour les découvrir et le procédé sera inutile. Profondes, l'insufflation les masquera en distendant au devant d'elles le parenchyme pulmonaire qui les enveloppera et les cachera à l'explorateur.

Mais M. Delorme ne m'a pas compris, car je dis que jusqu'à nouvel ordre je ne préconisais l'insufflation, l'augmentation de pression dans l'arbre aérien que dans les cas de tumeurs du thorax.

La deuxième objection de M. Delorme est celle-ci, il dit : l'insufflation du poumon est inutile. Endormez mal votre malade et faites-le tousser, le poumon se présente et si besoin est vous le saisirez avec une pince pour le suturer. Or en pareille circonstance, ne croyez pas que la saisie du poumon soit simple et de plus si vous réussissez à le saisir et à le suturer, cette suture secondaire ne vous servira de rien, entre chaque point se créent des interstices, des canaux qui livrent passage à l'air et n'empêchent en aucune façon le pneumothorax de se produire.

Rapport.

Exophthalmos pulsatile de l'œil droit, par blessure probable de la carotide interne dans le sinus caverneux. Ligature de la carotide primitive droite au bout de trois ans. Guérison avec persistance d'un léger degré d'exorbitis, par le Dr Bide, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis-des-Français, de Madrid.

Rapport par M. PICQUÉ.

Messieurs, dans la séance du 3 mai 1893, je vous ai rapporté l'histoire d'une femme âgée et débile que j'eus l'occasion d'observer avec le Dr Despagnet et qui, à la suite d'une fracture du crâne, présenta les signes d'un exophthalmos pulsatile de l'œil droit. En raison de différentes circonstances relevant surtout de son âge et de son état général, j'hésitais à pratiquer la ligature de la carotide qui constitue, ainsi que l'a démontré M. Le Fort, la principale ressource chirurgicale dans les cas de ce genre.

J'utilisai alors la compression directe qui fut appliquée avec beaucoup de soin pendant huit mois. Au moment où je vous présentais l'histoire de cette malade, elle était sinon guérie, du moins

très améliorée et j'insistais devant vous à cette occasion sur la marche souvent très lente de l'exophtalmos pulsatile. Je posais devant vous, sans la résoudre, la question de la guérison spontanée. En tous cas, je faisais les plus extrêmes réserves sur l'efficacité de la compression directe. Je ne sais ce qu'est devenue ma malade.

A cette occasion, M. Gayet, de Lyon, qui assistait à la séance, rappelait l'histoire d'un malade qui s'était tiré dans la tête 5 balles de revolver et qui consécutivement avait eu un exophtalmos pulsatile. Il l'avait traité à la clinique ophthalmologique de la Faculté de Lyon par la compression de la carotide et il ne crut pas devoir lui proposer la ligature de la carotide dont l'action lui paraissait trop aléatoire.

Ce malade quitta Lyon, non complètement guéri, puisqu'il entrait plus tard dans le service de M. Tillaux, à la Pitié, ou il aurait éprouvé une grande amélioration par les applications de glace.

L'odyssée de ce malade était loin d'être terminée, car le 25 avril 1893, c'est-à-dire huit jours avant la séance de la Société de chirurgie à laquelle je fais allusion, il entrait à Madrid dans le service de notre confrère le Dr Bide, ancien interne des hôpitaux de Paris et médecin de l'hôpital Saint-Louis des Français.

C'est l'observation complète de ce malade que je vous ai présentée de sa part dans une de nos dernières séances et sur laquelle vous m'avez chargé de vous présenter un rapport.

Voici d'abord le résumé de l'observation qui nous a été adressée par notre confrère. Je tiens à faire remarquer que la première partie de l'histoire de ce malade se trouve dans les comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon, publiés par le *Lyon médical*, du 10 avril 1892. Sa lecture fut suivie d'ailleurs d'une discussion à laquelle prirent part MM. Gayet, Mayet et Vallois.

Je la relaterai rapidement.

Camille M..., 19 ans, tailleur de pierres, entre, le 5 janvier 1892, à la clinique ophthalmologique de la Faculté de Lyon. Le 10 février 1891, il s'était tiré quatre balles de revolver dans la bouche.

Il eut dès le début une hémorrhagie buccale assez importante. Du côté des yeux il présentait à gauche de l'exophthalmie et une diminution très marquée de la vision ; à droite, il n'avait qu'un peu de gonflement et de rougeur des paupières.

Traité dans le service de M. Poncet, il en sort au bout d'un mois, gardant un peu d'exorbitis ainsi qu'une légère diminution de la vision de l'œil gauche. Dans les mois qui suivirent, la vision s'améliora progressivement et l'exophthalmie disparut tout à fait. Le malade put contracter un engagement dans l'armée. Ce n'est qu'après son incorporation qu'apparut l'exophtalmie du côté droit.

Vers le mois de juillet 1891 le malade a encore de vives douleurs orbitaires s'irradiant le long des branches du trijumeau ainsi que des battements assez violents pour rendre le sommeil impossible ; ces douleurs et ces battements ont disparu temporairement.

En décembre 1891 et janvier 1892 il se produisit de la diplopie qui disparut rapidement. Le malade fut réformé et entra chez M. Gayet, le 28 janvier 1892.

Le 5 avril, on note comme traces de l'ancien traumatisme : 1° une cicatrice peu apparente, sensible, très dure au toucher, siégeant sur le voile du palais en arrière et près de la ligne médiane ; 2° sur la voûte palatine et du côté droit un point pâle qui cédait à la pression.

Il existe une protrusion et un abaissement de l'œil droit avec une injection conjonctivale notable et des dilatations veineuses sur la paupière supérieure du même côté. Vers l'angle supéro-interne de l'orbite, on percevait au toucher des battements faibles, isochrones au pouls ; à l'auscultation un souffle doux continu avec renforcement systolique se propageant jusqu'à la région occipitale. La pression sur le globe était douloureuse et la compression prolongée amenait un certain degré de réduction de l'exorbitis.

A partir du 9 février, on constate un thrill très net qui disparaît par la pression la plus légère mais que remplacent alors des battements plus accusés que les premiers jours.

Dès la compression de la carotide droite, les battements et le thrill ne sont plus perçus ni du malade ni de l'observateur.

Les pupilles sont égales et réagissent bien. L'aspect extérieur de l'œil gauche est celui d'un œil normal ; sa vision reste intacte.

Le diagnostic porté par M. Gayet fut : *Anévrysme artério-veineux siégeant probablement au niveau du sinus caverneux et de la carotide interne. Lésion en voie d'accroissement.*

La compression de la carotide primitive droite conseillée par M. Gayet fut difficile et mal supportée ; elle ne put être continuée à cause du caractère fantasque du malade.

A la fin de l'année 1892, nous retrouvons ce malade à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. le professeur Tillaux. Il y resta deux mois, du 3 décembre 1892 au 31 janvier 1893.

Le 25 avril suivant, il entrait à Madrid dans le service de notre confrère M. Bide qui l'examina pour la première fois le 4 mai.

A ce moment il existe une exophthalmie extrême du côté droit.

L'œil semble tout à fait en dehors de l'orbite ; la cornée est déviée en bas et en dedans. Les conjonctives sont parcourues par de nombreux vaisseaux qui leur donnent une couleur d'un rouge vineux. Les deux paupières, surtout la supérieure, sont couvertes de veines dilatées et tortueuses. Celle-ci d'ailleurs est en ptosis. Si on vient à la relever avec le doigt, elle se luxe aussitôt en arrière du globe oculaire, tellement la protrusion de l'organe est prononcée.

A l'angle supéro-interne de l'orbite existe une tumeur pulsatile douloureuse au toucher, animée de battements perceptibles à l'œil et au doigt ; elle est le siège d'un thrill très manifeste.

Il est impossible de se rendre compte du degré de réductibilité de l'exophthalmie tant est douloureux le moindre attouchement du globe oculaire. La vision est intacte du côté droit. L'auscultation pratiquée sur la région orbitaire temporale et occipitale permet de constater l'existence d'un bruissement continu et d'un bruit intermittent analogue à celui que produirait un soufflet de forge « émettant un jet bref » et synchrone au pouls.

Ces deux bruits se propagent jusque sur le côté gauche de la boîte cranienne.

Ils sont d'ailleurs supprimés par la compression de la carotide droite. Ces bruits seraient, paraît-il, perçus par le malade qui en est absolument obsédé depuis plus d'un mois. De plus des douleurs profondes et gravatives se sont manifestées ; les douleurs périorbitaires et irradiées le long des branches du trijumeau ont augmenté. Le malade ne peut goûter aucun repos. L'insomnie est devenue la règle ; tous les calmants sont restés sans effet.

Le malade se tient debout la tête en arrière, car dès qu'il vient à l'incliner, il est pris d'étourdissements, de vertiges, et tombe la face contre terre. Il est en proie au plus violent désespoir, menace d'attenter à ses jours et demande avec persistance une intervention chirurgicale.

En présence de l'état lamentable de ce malheureux, M. Bide se décide à intervenir dès le lendemain (5 mai 1893) par la ligature de la carotide primitive droite.

Cette opération pratiquée en présence et avec l'aide de M. le Dr Ramomède, ancien prosecteur de la Faculté de Paris, et de M. le Dr Garcia Calderon, oculiste de l'hôpital du Bon-Secours à Madrid, se fait sans difficulté au lieu d'élection.

Avant le réveil du malade, il est facile de constater que tout bruit anormal a disparu dans les régions orbitaire, temporale et occipitale ; le thrill et les pulsations à l'angle interne de l'œil ont également disparu.

Au réveil, il n'existe aucun phénomène de paralysie, aucun trouble cérébral.

Les souffrances éprouvées par le malade ainsi que le bruit obsédant dont il a été question plus haut ont cessé. La nuit suivante a été excellente.

La plaie opératoire guérit par première intention. Dès le quinzième jour, le malade pouvait vaquer à de petits travaux dans l'hôpital. Au bout de trois semaines il prenait, à l'hôpital, une place d'infirmier, ce qui permit au chirurgien de l'observer pendant longtemps.

L'exophthalmie diminua d'un tiers dans les trois premières semaines de même que le ptosis de la paupière supérieure. Pendant le cours des dix-huit mois qui suivirent l'opération, M. Bide l'examina maintes fois ; jamais il ne lui fut possible d'entendre le moindre bruit à l'auscultation, mais l'exophthalmie ne disparut jamais complètement ; elle avait cependant diminué des deux tiers quand M. Bide perdit le malade de vue.

Messieurs, il existe dans cette observation quelques particularités qui me paraissent intéressantes et dignes d'arrêter quelques instants votre attention.

C'est tout d'abord l'apparition très précoce de l'exophthalmie de l'œil gauche, son peu de durée malgré l'importance probable de lésions capables, nous dit l'auteur, de déterminer une diminution de la vision que M. Gayet attribua à l'atrophie papillaire par compression du nerf optique.

N'y a-t-il pas encore intérêt, nous dit M. Bide, de rapprocher cette exophtalmie temporaire du côté gauche de celle beaucoup plus importante de l'œil droit, survenant huit mois seulement après l'accident et s'accompagnant des troubles considérables énumérés plus haut, mais sans altérations sensibles de la vision.

Ce n'est pas la première fois, en effet, que l'exorbitis a été signalé en premier lieu du côté qui paraît opposé à la lésion. Hippel, en 1874, dans le *Journal* de de Graefe, en signale un cas cité depuis par tous les auteurs. Delens n'en fait pas mention dans son article du *Traité de chirurgie*. Lefort, qui s'est occupé de ce point spécial, admettait que l'exophthalmie du début était produite par un épanchement intra-orbitaire, se dissipant peu à peu, tandis que l'exophthalmie tardive et définitive du côté opposé était seule sous la dépendance de la rupture de la carotide dans le sinus.

Il est aussi difficile évidemment de réfuter l'opinion de Lefort que de l'admettre dans tous les cas. Bide fait remarquer justement que, dans le cas de Hippel où l'anévrysme était dû à une fracture de la base du crâne, on pouvait volontiers admettre des lésions d'importance variable du côté des deux orbites, opinion qui, d'ailleurs, ne va pas à l'encontre de celle exprimée par Lefort.

Dans son cas, notre confrère suppose qu'un des quatre projectiles a pu s'aventurer dans le fond de l'orbite gauche; nous aurions mauvaise grâce à rejeter son hypothèse *a priori*, n'ayant aucun élément pour en juger la valeur. Quoi qu'il en soit, cette évolution particulière de l'exophthalmie sur les deux yeux constitue un phénomène curieux et qui mérite l'attention des cliniciens et des anatomo-pathologistes.

Une autre particularité intéressante de l'observation de M. Bide réside dans la conservation de l'intégrité de la vision du côté droit.

Lefort avait signalé 49 fois sur 53 cas la perte de la vision de l'œil exophthalmié. Sattler, dans une statistique de 77 cas, signale 19 fois une acuité normale et 14 fois seulement une amaurose absolue.

L'œil gauche atteint d'exorbitis passager avait toujours été en moins bon état que le droit ainsi que le démontrèrent les examens

pratiqués au début des accidents par le professeur Gayet, avant et après l'opération par le Dr Garcia Calderon.

On en trouvera le détail dans une note additionnelle.

Je ne signalerai qu'un fait, à savoir l'apparition d'hémorrhagies en flammèche autour de l'artère centrale de la rétine, immédiatement après la ligature de la carotide primitive (fait constaté le lendemain de l'opération) et leur disparition ultérieure constatée sept mois après, enfin la suracuité visuelle qui se manifesta après la guérison du côté de la ligature, fait déjà signalé par Hippel.

Messieurs, j'en arrive à l'acte chirurgical qui constitue pour nous le point important de cette observation. Aussitôt après la ligature, nous constatons la disparition complète des douleurs, du bruit de souffle et des pulsations, et ce résultat se maintient pendant les dix-huit mois que le malade reste soumis à l'observation de notre confrère.

Ce fait est important à consigner, car il n'est pas constant après le traitement par la ligature.

Cependant il ne faudrait peut-être pas s'exagérer la fréquence des insuccès après la ligature ; l'efficacité de la méthode de Travers, qui l'appliqua avec succès en 1805 dans un cas resté célèbre, est aujourd'hui démontrée.

Si parfois on a pu observer la récidive du côté opposé comme dans le cas bien connu de Herpin de Tours, on peut dire que la ligature de la carotide primitive est une excellente méthode dans les cas où les autres procédés ont échoué ou lorsque d'emblée on est obligé d'y recourir, en présence de phénomènes menaçants présentés dès son début par la tumeur pulsatile.

D'après Satler, on n'observerait que 27 0/0 d'insuccès ou de résultats temporaires.

Ce n'est donc que dans des cas exceptionnels qu'on se trouve amené à pratiquer la ligature de la carotide externe du côté de la lésion ou la ligature successive des deux carotides, comme dans le cas de M. Lefort.

Il convient cependant d'ajouter que M. Bide n'a suivi son malade que pendant dix-huit mois et que c'est là peut-être un délai un peu court pour affirmer que la guérison est définitive.

Le point sur lequel je désire insister en terminant est le suivant :

Ce malade, dont il fut parlé à la Société de chirurgie à l'occasion de mon rapport, avait été considéré par les chirurgiens qui eurent l'occasion de l'observer, comme à peu près guéri, et en tous cas présentait des symptômes si peu accusés, qu'il ne vint pas à l'idée de lui proposer une intervention sanglante. Et cependant les lésions qui semblaient peu avancées à cette époque prirent,

depuis lors, une importance considérable. Au moment où M. Bide l'observa pour la première fois, la protusion de l'œil était extrême

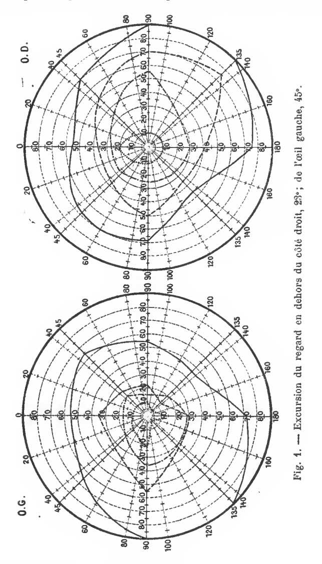


Fig. 1. — Excursion du regard en dehors du côté droit, 23°; de l'œil gauche, 45°.

et l'intensité des bruits intra-craniens avait conduit le patient au paroxysme du désespoir.

C'est ce point sur lequel je veux attirer l'attention de mes collègues qui auront à apprécier le résultat des divers traitements de l'affection qui nous occupe.

La malade que j'ai observée avec M. Despagnet et dont je vous

ai relaté l'histoire semblait à peu près guérie à la suite de la compression directe. En réfléchissant au cas qui vous a été soumis par M. Bide, je me félicite des réserves que j'ai faites sur l'efficacité

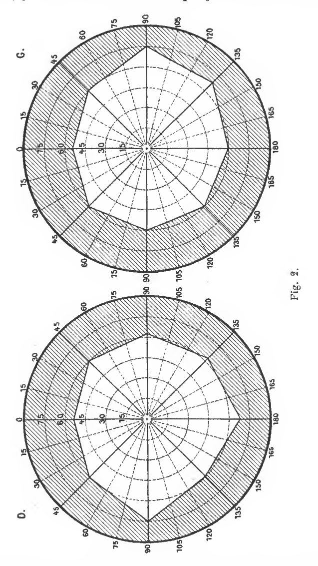


Fig. 2.

du traitement que j'avais été amené à proposer à ma malade, en raison de son âge et de l'état de cachexie qu'elle présentait au moment de l'accident.

Messieurs, je vous propose : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur ; 2° de déposer son travail dans nos Archives ; 3° de l'ins-

crire sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national de la Société de Chirurgie.

Note additionnelle donnant les résultats de l'examen ophthalmoscopique aux différentes phases de la maladie.

5 février 1892. — L'examen pratiqué dans le service de M. le professeur Gayet donne les résultats suivants :

Pupilles égales réagissant bien :
Acuité visuelle (O. D.) : V = 9/10.
— (O. G.) : V = 9/10.
Réfraction. A l'optomètre de Badal (O. D.) : emmétrope.
— — (O. G.) : myope de 1 dioptrie.

Examen ophthalmoscopique. — Œil droit : papille très rouge paraissant animée de battements. Veines grosses et tortueuses ; — Œil gauche : papille très blanche. Vaisseaux petits.

L'examen pratiqué la veille de l'opération, par le Dr Garcia Calderon, donnait des résultats sensiblement égaux. Acuité normale des deux yeux.

Le 6 mai 1893, lendemain de l'opération, M. Calderon nous remet la note suivante :

L'image du fond de l'œil rappelle celle de l'embolie de l'artère centrale de la rétine. Celle-ci est exsangue, mais il y a deux petites hémorrhagies en flammèches au pourtour de la papille optique en haut et celle d'en haut (image renversée) est un peu plus large que celle d'en bas. La papille elle-même n'a pas de contours bien nets, elle est rosée.

Cette coloration est probablement due à du sang provenant des artères ciliaires posterieures.

Le fond de l'œil renvoie cependant sa lueur rougeâtre normale. Le malade n'accuse pas de troubles visuels dans son lit et pour ne pas le fatiguer je ne l'examine pas avec l'échelle.

C'est dommage, car il eût été intéressant de voir si, après la ligature, le malade conservait mathématiquement toute l'acuité visuelle normale.

On ne peut pas encore mesurer exactement le retrait du globe ; mais en apparence, il y en a un peu.

Examen sept mois après la ligature
(7 novembre 1893).

Je copie textuellement la note du Dr Calderon :

O. D...................... Suracuité visuelle.
O. G...................... V = 1.
R......................... E.
Accommodation parfaite (5 D).

Propulsion de l'œil droit plus modérée qu'avant l'opération, avec

inclinaison de la cornée en dedans et en bas. La propulsion est à peu près de un demi-centimètre.

Tension à peu près égale des deux côtés.

La pupille droite réagit beaucoup plus vite que celle de gauche à la lumière, en se contractant davantage. Inversement, la pupille gauche se dilate beaucoup plus dans l'obscurité ou dans le demi-jour que celle de droite.

Strabisme convergent droit. Quand le malade regarde en face, il y a diplopie qui s'accentue davantage quand il regarde à droite et qui diminue et tend à disparaître quand il regarde à gauche.

Les autres images sont homonymes et dans l'horizontale. Le ptosis est plus modéré et le malade ferme volontairement les paupières.

Examen ophthalmoscopique. — La circulation s'est complètement rétablie jusque dans la périphérie du fond de l'œil. On ne trouve plus l'état observé après l'opération et que nous avions comparé à celui de l'embolie de l'artère centrale de la rétine.

De même les deux petits foyers hémorrhagiques se sont résorbés sans laisser de traces.

La grosseur des artères centrales et leur rapport avec celle des veines de même nom est normal. La papille est bien nourrie. Malgré la plus rigoureuse recherche, nous n'avons pas pu découvrir le pouls artériel de la centrale de la rétine.

Mais si le fond de l'œil vu à l'ophthalmoscope et si l'acuité visuelle directe des deux côtés sont en excellent état, il n'en est pas de même du champ visuel. A peine réduit des deux côtés pour le blanc, il l'est de beaucoup et d'une façon concentrique pour les couleurs (bleu, rouge, vert). Et malgré cela l'examen des papilles optiques ne laisse pas le moindre doute relativement à leur intégrité.

Chose étonnante [1] ! C'est le côté gauche qui est le plus réduit, surtout pour le vert, qui présente deux petites échancrures en bas, comme on peut s'en rendre compte sur le schéma ci-joint.

Communication.

Sur les dangers de l'intervention opératoire dans le goître exophthalmique,

Par M. LEJARS.

Le traitement opératoire du goître exophthalmique est une des questions les plus controversées de l'heure présente. Des faits nombreux ont été produits, depuis les observations bien connues

[1] Le Dr Garcia Calderon ignorait alors les phénomènes d'exophthalmie et de diminution de la vision observés sur l'œil gauche par le professeur Gayet.

de M. le professeur Tillaux, en France et surtout à l'étranger, et, si les résultats éloignés sont assez souvent discutables, on ne saurait oublier que les médecins ne s'accordent pas encore sur la nature même de l'affection et qu'elle peut revêtir des formes très différentes.

L'observation suivante viendra malheureusement charger le bilan opératoire de la maladie de Basedow, en s'ajoutant à un certain nombre d'autres cas malheureux, moins rares peut-être que les publications ne semblent en témoigner, et qui révèlent une gravité spéciale de l'acte opératoire relativement le plus simple, dans certains goîtres exophthalmiques. L'histoire de notre opérée ne se prête que trop à mettre en lumière cette donnée inquiétante, et c'est pour cela que nous nous faisons un devoir de vous la soumetttre.

C'était une jeune fille de 18 ans et demi, couturière, orpheline de père et de mère ; son père était, paraît-il, un alcoolique invétéré ; sa mère était morte de la rage. Grande, d'assez belle apparence, elle avait eu cependant une enfance maladive et, depuis plusieurs années, elle restait pâle, nerveuse, impressionnable à l'excès. Les premiers accidents de la maladie de Basedow avaient débuté, chez elle, depuis huit mois, peu de temps après la mort tragique de sa mère, lorsqu'elle entra à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. le professeur Debove, le 12 octobre 1896.

Je ne m'étendrai pas sur les détails de l'observation médicale que M. le Dr Soupault, chef du laboratoire de M. Debove, a bien voulu me communiquer et qu'il publiera lui-même *in extenso*. Je me contenterai de dire que l'examen médical prolongé avait démontré l'existence « d'une maladie de Basedow parfaitement caractérisée ».

On retrouvait la triade bien connue : la tachycardie, se traduisant par 140 pulsations au repos, 165 à 170 après un effort ou une émotion; une légère protusion des yeux, donnant au regard un aspect étrange ; enfin, le goître. Le corps thyroïde était, du reste, de volume très modéré, le lobe droit paraissait le plus développé et se détachait en relief sous la peau ; la glande, qui était le siège de battements et d'un souffle assez intense, restait d'ailleurs molle, rénitente, dépressible jusqu'à un certain point ; on n'y décelait ni indurations ni bosselures. Signalons encore, parmi les phénomènes minutieusement relevés par M. Soupault, le tremblement, l'insomnie, et aussi des crises d'agitation et de dypsnée nerveuse, revenant la nuit, et qui furent très marquées pendant le séjour que fit la malade en chirurgie.

Au bout de deux mois, après l'essai infructueux de divers traitements, la situation s'aggravant et devenant très pénible, la malade, condamnée à l'inaction absolue, réclamait instamment l'opération, dont elle avait

entendu parler autour d'elle. M. le professeur Debove voulut bien alors nous la montrer et, après une nouvelle période d'attente, l'intervention fut décidée.

Quelques jours avant qu'elle ne fût pratiquée, M. le professeur Joffroy, auquel j'avais eu l'occasion de parler de notre malade, vint la voir à l'hôpital Beaujon, l'examina et conclut, à son tour, qu'il s'agissait d'une maladie de Basedow des mieux caractérisées et que l'opération était tout indiquée. Il nous conseilla de n'enlever que le lobe droit du corps thyroïde, et ce fut en sa présence, et devant mon maître, M. Théophile Anger, que l'intervention fut pratiquée, le 30 décembre 1896.

La malade fut endormie à l'éther, suivant la pratique du service; les débuts de l'anesthésie furent un peu difficiles, le pouls et la respiration devinrent d'une fréquence extrême, bien que l'anesthésique fut donné à petites doses, par un aide habitué à s'en servir et, du reste, étroitement surveillé; la quantité d'éther employée fut très ordinaire.

Quant à l'opération elle-même, elle se passa très simplement et je fus même étonné de la vascularisation relativement très modérée du goître et de la dilatation peu considérable des vaisseaux thyroïdiens. J'enlevai en masse le lobe droit, comme une tumeur; après une incision médiane de 6 centimètres environ, la libération et la rétraction des muscles sous-hyoïdiens, la corne supérieure fut isolée et les vaisseaux afférents pincés et sectionnés; j'allai alors à la recherche de la thyroïdienne inférieure que je dénudai soigneusement et que je montrai, avant de la pincer et de la couper à son tour; puis la corne inférieure et le bord externe du lobe thyroïdien furent isolés au doigt et à la sonde cannelée, en pinçant à mesure tous les pédicules vasculaires; enfin, l'excision fut achevée par la section de l'isthme. Il n'y eut, au cours de cette ablation, en somme fort simple, aucune hémorrhagie, aucun à-coup, aucun incident dramatique; des ligatures au catgut remplacèrent les pinces et le foyer opératoire, parfaitement net et régulier, fut fermé par un surjet musculaire et la réunion totale de la peau. Ajoutons que nous n'avions employé aucune solution antiseptique forte, mais seulement des tampons et des compresses, stérilisés à l'autoclave.

La malade se réveilla assez vite. Elle n'eut pas de vomissements dans le courant de la journée; son facies était normal, plutôt un peu pâle; elle but plusieurs gorgées de champagne, et parla à plusieurs reprises à la surveillante, se plaignant seulement d'un peu de cuisson dans la région opérée et d'une légère oppression. Vers 7 heures, la dyspnée augmenta, toujours sans aucune cyanose ni aucun signe d'asphyxie vraie, les mouvements respiratoires étaient très rapides. A 11 h. 30 m., l'interne du service constata, en outre, une grande fréquence du pouls, mais la connaissance était complète, la malade lui parla et elle lui fit, en somme, une impression assez peu inquiétante pour qu'il crût à une simple crise d'agitation nocturne et de dyspnée nerveuse, analogue à celles qui s'étaient déjà produites, à plusieurs reprises, avant l'opération. Une heure après, elle succombait brusquement.

L'autopsie eut lieu, dans la matinée du 1er janvier, en présence de

M. le professeur Debove, de M. Théophile Anger, de M. Soupault et avec l'aide de M. le Dr Riche, prosecteur de la Faculté, auteur d'une récente et intéressante thèse sur la pathogénie du goître exophthalmique. Je disséquai avec le plus grand soin toute la région antérieure du cou ; le foyer opératoire ne contenait pas traces de sang ; le nerf récurrent, suivi depuis son entrée dans le cou jusqu'au larynx, était absolument intact, aucune ligature n'était même en contact direct avec lui. La gaine des gros vaisseaux n'avait pas été ouverte, aussi carotide, jugulaire interne et nerf pneumogastrique étaient-ils complètement indemnes ; e pus même suivre plusieurs filets, œsophagiens et cardiaques, émanés du pneumogastrique et longeant la gaine tangentielle. Le sympathique fut disséqué à son tour, avec le même résultat. Le lobe gauche du corps thyroïde, qu'on avait laissé en place, parut presque aussi gros que le lobe droit ; enfin, à l'ouverture du thorax, on trouva, entre les deux poumons, au devant du péricarde et de la racine de la trachée, un volumineux thymus qui se prolongeait, en se bilobant, dans le creux sus-sternal ; il pesait 69 grammes. Quant à la trachée, elle nous sembla peut-être un peu plus molle qu'elle ne l'est d'ordinaire.

Je passe sur le reste des constatations nécropsiques ; on ne découvrit aucune lésion viscérale ; les deux poumons étaient seulement un peu congestionnés à leur base. Tous les détails seront publiés par M. Soupault, ainsi que l'examen histologique du lobe thyroïdien enlevé ; l'examen macroscopique de ce lobe montra qu'il pesait 35 grammes, que sa coupe avait l'aspect lobulé de la glande normale, qu'elle ne présentait ni bandes fibreuses, ni kyste, ni aucun noyau d'induration, qu'elle avait une coloration d'un rose grisâtre, enfin que la capsule n'était pas épaissie.

Cette mort rapide, inexpliquée par l'autopsie, et ne relevant d'aucun accident opératoire ou post-opératoire, s'est présentée avec tous les caractères d'un empoisonnement suraigu et d'un empoisonnement bulbaire. C'est à cette hypothèse que M. le professeur Debove[1] s'est arrêté, c'est elle que M. Allen Starr[2], dans un mémoire d'avril 1896, avait exposée de son côté ; il se produirait, à la suite du traumatisme opératoire, quelque restreint soit-il, une hyposécrétion thyroïdienne, susceptible de devenir mortelle à bref délai.

Quoi qu'il en soit de la pathogénie, nous devons retenir le fait de cette cruelle surprise. Il n'est pas unique, d'ailleurs ; dans la statistique réunie par M. Allen Starr, que nous citions tout à l'heure, et comportant 190 cas de goîtres exophthalmiques opérés, nous relevons 23 morts, survenues dans les premiers jours et au

[1] *Société médicale des hôpitaux*, 15 janvier 1897.

[2] Allen Starr, On the nature and treatment of exophtalmic goitre, with special reference to the thyroïd theory of the disease and to the treatment by thyroïdectomy (*The Medical News*, 18 avril 1896, n° 16, p. 491).

milieu d'accidents très analogues à ceux que nous avons observés. C'est là une proportion relativement fort élevée et qui est de nature à rendre très lourde la responsabilité opératoire, au moins dans la forme typique du goître exophthalmique, dans la maladie de Basedow proprement dite.

Discussion.

M. Quénu. — A propos de la communication de M. Lejars, je parlerai d'une complication de l'opération du goître, car je crois qu'il est bon, à propos des dangers de l'intervention chirurgicale dans le goître exophthalmique, d'appeler l'attention sur les complications qui peuvent survenir pendant la thyroïdectomie.

Une malade avait un goître peu saillant accompagné d'une dyspnée assez grande, la tumeur n'occupait que le lobe droit du corps thyroïde; je me proposai d'enlever ce lobe hypertrophié et de diviser l'isthme en plaçant une ligature dessus. Mais en divisant l'isthme, j'eus une hémorrhagie; je plaçai une ligature sur la surface saignante; elle coupa le tissu thyroïdien et l'hémorrhagie continua : en désespoir de cause, je fis la thyroïdectomie totale pour mettre fin à l'écoulement de sang. Or, les premiers jours furent parfaits. Le pouls de la malade qui, avant l'opération, battait 130 à 125 pulsations, tomba à 52 et la malade, débarrassée de sa dyspnée, était bien. Cela dura 15 jours, puis elle fut prise de tristesse, d'affaiblissement général, finalement elle présenta tous les symptômes du myxœdème. Je l'alimentai alors avec du corps thyroïde de mouton et je la remontai assez bien pour qu'au bout de 2 ans, elle put devenir enceinte. Elle est aujourd'hui enceinte. Les urines sont albumineuses, il est vrai, et j'ai quelque inquiétude pour son accouchement.

Je n'ai qu'un reproche à m'adresser dans ce cas, c'est, avant de songer à la thyroïdectomie totale, de n'avoir point tenté la ligature des artères thyroïdiennes. Ce reproche m'a d'ailleurs été fait par M. Terrier.

M. Tillaux. — M. Lejars vient de soulever une question importante de pratique chirurgicale.

Lorsqu'en 1879, je pratiquai, pour la première fois en France, la thyroïdectomie, en ayant pour idée de remédier à un goître exophthalmique, je pensais que les accidents du goître exophthalmique étaient d'origine mécanique. Cette théorie fut soutenue dans la thèse de mon élève Besnard.

J'admettais que le corps thyroïde hypertrophié exerçait, sur le paquet vasculo-nerveux du cou, une compression qui déterminait les accidents. La preuve de cette théorie se trouvait faite selon

moi par la cessation des accidents à la suite de l'ablation du corps thyroïde.

Je restai dans ces idées jusqu'il y a cinq ou six années. Mais maintenant cette théorie ne me satisfait plus et j'admets deux variétés de goîtres exophthalmiques.

Une première variété est celle que j'appellerai variété des *goîtres exophthalmiques chirurgicaux*. Elle est caractérisée par la présence d'une tumeur développée au sein du tissu thyroïdien. Cette tumeur refoule le tissu thyroïdien et s'en entoure.

Ces goîtres chirurgicaux donnent surtout naissance à une dyspnée très grande et cette dyspnée est le symptôme prédominant.

J'ai opéré à l'Hôtel-Dieu une femme du service de M. Potain qui avait une de ces variétés de goître exophthalmique. Chez elle les accidents étaient provoqués par une tumeur développée dans le lobe droit; j'enlevai cette tumeur et la femme resta guérie pendant trois ans. Je vais la réopérer ces jours-ci, car une nouvelle tumeur s'est développée dans le lobe gauche et reproduit la même série d'accidents.

Or, chez cette femme, je n'ai pas eu et je n'aurai pas d'accidents de myxœdème, car j'enlèverai simplement une tumeur autour de laquelle le tissu thyroïdien est étalé, refoulé et conserve ses propriétés de tissu. Ce tissu thyroïdien sera respecté et aucune complication en pareil cas n'est à redouter. Voilà le type du goître exophthalmique chirurgical qu'il faut opérer.

Mais n'allez pas opérer sans avoir soigneusement examiné votre malade, sans avoir constaté l'existence d'une tumeur limitée *isolable* dans la glande thyroïde, sans vous être enquis si depuis longues années et avant la tuméfaction thyroïdienne, il n'existait point de palpitations ou de troubles oculaires, car ces cas-là d'hypertrophie diffuse avec phénomènes cardiaques prédominants ressortissent exclusivement à la thérapeutique médicale.

Présentation de malade.

M. Broca présente un *beau résultat* d'intervention chirurgicale pour une luxation congénitale de la hanche chez une petite fille de 9 ans, opérée depuis un an. L'enfant marche très bien, avec une oscillation à peine sensible, la flexion et l'extension de la cuisse sont parfaites; l'abduction est nulle. Il va sans dire que la tête est parfaitement restée dans le cotyle où elle avait été replacée.

Le trochanter fait en dehors une saillie un peu plus grande que de coutume, c'est la seule modification morphologique que l'on puisse noter sur la hanche.

Présentation de pièces.

Ostéôme volumineux du ligament rotulien.

M. Lejars. — On sait que les tumeurs des tendons et des ligaments sont d'observation exceptionnelle; pour le ligament rotulien, en particulier, nos recherches ne nous ont révélé aucun fait comparable à celui que nous allons rapporter.

Il s'agit d'un volumineux ostéôme, de forme tourmentée, né dans l'épaisseur du ligament rotulien gauche, et dont l'extirpation nous a permis de reconnaître exactement la topographie et la nature.

C'était chez un solide garçon de 17 ans, vigoureux, de santé excellente et sans aucune tare héréditaire. Au pied gauche, il porte les traces d'un accident qui remonte à l'âge de six ans : un coup de pied de cheval ayant porté sur la région malléolaire interne. Actuellement, la région correspondante du cou-de-pied est le siège d'un épaississement assez considérable, qui paraît occuper la malléole et le côté interne du tarse, épaississement irrégulier dénonçant probablement un travail ostéitique ancien. Toujours est-il que, si les mouvements du pied sont notablement gênés, notre garçon ne souffre pas et s'est accoutumé, en quelque sorte, à marcher avec son pied déformé et à s'en bien servir. C'est pour toute autre chose qu'il entre à l'hôpital Beaujon, le 17 novembre 1896.

Depuis quatre mois environ, une grosseur s'est montrée sur le devant du genou gauche, au-dessous de la rotule : du volume d'une noix, tout d'abord, elle s'est accrue progressivement et s'est développée assez vite pour présenter aujourd'hui les dimensions d'une petite orange.

Il en résulte une déformation toute particulière de la région : on reconnaît d'abord un méplat correspondant à la face antérieure de la rotule, et, immédiatement au-dessous de lui, un relief arrondi se soulève et occupe toute la hauteur du ligament rotulien, en se prolongeant en bas, jusqu'à la tubérosité antérieure du tibia. A la vue seule, la tumeur semble en continuité avec la pointe de la rotule, mais le palper montre aisément qu'elle en est indépendante.

De fait, la main rencontre, sous une peau normale et bien mobile, une masse arrondie, hémisphérique, de surface pourtant un peu accidentée et bosselée, masse très dure, et dont la consistance ne peut être comparée qu'à celle de l'os compact. Elle n'est pas mobile dans le sens

vertical, mais elle se déplace sans peine transversalement : elle glisse aisément d'un côté à l'autre sur le plan prétibial.

Elle ne fait nullement corps avec la rotule ; si l'on fixe la rotule, elle reste tout aussi mobile, mais elle est reliée à la pointe rotulienne, car elle suit dans une certaine limite les mouvements verticaux et transversaux qu'on imprime à cet os.

Quand le genou est fléchi (au moins dans l'étendue où il peut l'être, à angle obtus, car la flexion à angle droit est impossible), les rapports se précisent : une rainure transversale de un centimètre de large se



Fig. 1. — Ostéôme du ligament rotulien.

dessine entre la pointe de la rotule et la tumeur osseuse, et l'on sent très bien, au fond de cette rainure, le ligament rotulien aplati et tendu ; en même temps, la tumeur s'est immobilisée et, dès lors, toute hésitation sur sa localisation exacte n'a plus de raison d'être ; c'est bien une tumeur osseuse, logée dans l'épaisseur du ligament rotulien, indépendante à la fois de la rotule et du tibia.

Ajoutons que la gêne fonctionnelle croissante, aggravée par de vives douleurs, depuis quelques jours, rendait la marche presque impossible. Il existait, de plus, une atrophie relative assez marquée de la jambe et de la cuisse gauches, et la déformation ancienne du pied avait sa part dans cet état d'infériorité musculaire. Enfin, si l'intervention s'imposait, la nécessité éventuelle de sacrifier, au cours de l'opération,

une portion importante du ligament rotulien, n'était pas sans nous donner quelques inquiétudes.

L'opération fut pratiquée, sous l'éther, le 21 novembre 1896. Une incision verticale, allant de la pointe rotulienne à la tubérosité antérieure du tibia, découvrit le ligament rotulien, et il devint tout de suite évident que la tumeur en occupait l'épaisseur, sans autres connexions. Le ligament fut incisé en long : une lamelle fibreuse, soulevée et tendue, de 1 millimètre à peine d'épaisseur, recouvrait la masse osseuse incluse, que je commençai à décortiquer peu à peu, en faisant rétracter soigneusement de chaque côté les lambeaux du ligament ; après avoir

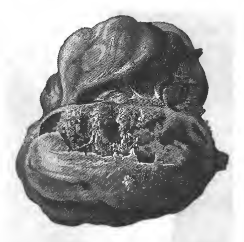


Fig. 2. — Ostéôme du ligament rotulien : la tumeur extirpée, ses deux lobes.

isolé, de la sorte, la tumeur sur son pourtour, j'arrivai à extraire son pôle supérieur, à la faire basculer de haut en bas et à l'extirper tout entière.

Le ligament rotulien était réduit à une coque fibreuse assez mince : je le reconstituai de mon mieux, par un surjet de catgut, en un cordonnet arrondi et continu. Un autre surjet réunit les plans fibreux, et la peau fut suturée à son tour. Une gouttière plâtrée postérieure immobilisa le genou dans l'extension.

Il n'y eut aucun incident post-opératoire. Vingt-cinq jours après, la gouttière était retirée et le premier pansement levé ; la réunion cutanée était complète, sauf en un point, où la peau avait un peu chevauché, et où persistait une petite surface granuleuse, du reste bientôt cicatrisée.

On cessa dès lors toute immobilisation, et l'on commença la marche et les exercices d'assouplissement articulaire. Au trentième jour, l'opéré soulevait sa jambe et la maintenait au-dessus du plan du lit. A la fin de décembre il se levait. Quand il quitta le service, le 12 janvier dernier, il étendait la jambe avec force, la pliait au delà de l'angle droit, et marchait sans canne, aussi bien qu'avant le développement de la

tumeur sous-rotulienne. Je l'ai revu le 3 février ; les mouvements du genou sont redevenus absolument normaux.

Voici la tumeur : elle mesure 6 centimètres dans son plus grand diamètre, 4 centimètres et demi en largeur, 4 centimètres en épaisseur ; elle pèse 60 grammes. Elle est formée de deux lobes irrégulièrement arrondis, l'un plus gros, qui représentait la portion saillante et superficielle, l'autre qui, dans la profondeur, se détachait du ligament et venait s'appliquer au tibia, cette seconde bosselure est encroûtée, sur sa face profonde, d'une couche blanche, fibro-cartilagineuse. Très dure, très compacte, la masse est constituée, sur une coupe, de fines lamelles osseuses concentriques, sinueuses, à peine séparées les unes des autres par de minces traînées médullaires, et disposées en systèmes irréguliers. L'examen de la tumeur, pratiqué par M. le Dr Papillon, chef de laboratoire à l'hôpital Beaujon, a montré qu'il s'agissait d'un ostéome compact ; le tissu osseux est parsemé, surtout dans ses couches périphériques, d'îlots cartilagineux, qui témoignent de son mode d'ossification.

On voit que rien ne rappelait, ici, les simples ossifications des tendons ou des ligaments qui s'observent, d'ailleurs, à un tout autre âge ou dans des conditions toutes différentes. C'était un néoplasme proprement dit, un ostéome, de volume très instable et en pleine période d'accroissement.

Enfin nous insisterons, en terminant, sur les minutieuses précautions qu'il faut prendre pour conserver la gaine fibreuse d'une pareille tumeur intra-ligamenteuse, pour mener à bien la décortication, sans rompre la continuité du ligament, et pour reconstituer, avec les faisceaux qui en restent, un cordon fibreux suffisant à permettre une restitution fonctionnelle complète.

Au cours de la séance, M. Th. Anger a été nommé membre honoraire par 27 voix sur 27 votants.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

NÉLATON.

Séance du 17 février 1897.

Présidence de M. Delens.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et les publications périodiques de la semaine.

M. Reclus dépose sur le bureau de la Société les deux premiers volumes de la seconde édition du *Traité de Chirurgie.*

Suite de la discussion sur la chirurgie du poumon.

M. Lejars. — Je désire verser au débat sur la chirurgie pulmonaire deux faits, qui ont été signalés au cours de la discussion, par M. Tuffier, et qui ont été relatés brièvement par M. le Dr Fernet, dans une leçon sur les localisations pulmonaires[1]; ces deux interventions ont eu pour objet la gangrène pulmonaire, et bien que les deux malades, opérés du reste dans un état fort alarmant, aient succombé, elles n'en présentent pas moins, dans leurs détails de technique et dans le résultat de l'autopsie, quelques points intéressants que je tiens à vous signaler.

Il s'agissait, en fait, de deux malades entrés dans le courant de janvier 1896, dans le service de M. Fernet, à l'hôpital Beaujon.

Le premier était un concierge de 50 ans, d'aspect fort précaire, atteint depuis plusieurs mois de paralysie générale, et chez lequel on constatait de plus « une artério-sclérose avec néphrite et albuminurie notable. Depuis dix jours, et je poursuis le résumé de l'observation médicale publiée par M. Fernet, il était atteint d'une gangrène pulmonaire qui donnait lieu depuis deux jours à de la fétidité de l'haleine et à une expectoration abondante de crachats gris brunâtres d'une odeur infecte. Les symptômes généraux étaient mauvais : outre la fièvre, il y

[1] *Semaine médicale*, 9 mai 1896, p. 185.

avait une dépression marquée des forces. Un examen minutieux de la poitrine permit d'établir que la gangrène était circonscrite à la partie postérieure et inférieure du lobe supérieur droit. Les signes physiques qui consistaient surtout en submatité et gros râles sous-crépitants, presque des craquements humides, occupaient une étendue grande comme la paume de la main, dans la moitié inférieure de la fosse sous-épineuse. »

Ce fut d'après ces indications topographiques que l'opération fut pratiquée, le 9 janvier 1896. Le foyer devant se trouver sous l'omoplate, je fis une large incision convexe en bas, dessinant un lambeau que je relevai et qui mit à découvert l'angle inférieur du scapulum ; cet angle fut, à son tour, relevé et maintenu par un grand écarteur. Je réséquai alors un segment de 8 centimètres environ des trois côtes correspondantes, la 4e, la 5e et la 6e ; au niveau de la brèche ainsi obtenue, la plèvre avait été décollée, sans éraillure ; je poursuivis, au doigt, et avec précaution, le décollement en haut et en dedans, dans un rayon de 5 à 6 centimètres; la membrane, grisâtre et un peu épaissie, se laissait détacher sans difficulté de la paroi, et le fait fut constaté par M. Théophile Anger et par M. Fernet qui assistaient à l'opération ; j'aurais, je pense, pu continuer bien au delà le décollement pleural.

Mais, après avoir découvert ainsi toute la zone que l'examen médical avait reconnue comme devant être le siège du foyer gangréneux, je cherchai si quelque indice me ferait distinguer, par la vue ou le palper, le point malade ; ce ne fut que tout à fait en dedans, aux limites mêmes de mon décollement, que je trouvai une sorte d'épaississement, de contours vagues, mais qui contrastait pourtant, au toucher, d'une façon suffisamment nette, avec le reste de la surface pulmonaire devenue accessible, pour qu'il me parût nécessaire de diriger de ce côté une investigation plus directe. Je fis donc à la plèvre, tout près de là, une incision de deux centimètres environ ; il n'y avait pas d'adhérences à ce niveau, mais tout de suite j'introduisis mon doigt dans l'orifice pleural, et sur mon doigt une pince fixatrice qui saisit le poumon et l'amena au dehors ; j'avais alors une sorte de bouchon pulmonaire qui obstruait en grande partie l'ouverture pleurale, et, de fait, bien peu d'air paraissait entrer dans la poitrine ; du reste, il n'y eut, à ce moment, ni dans le reste de l'opération, aucune alerte respiratoire.

Le poumon ainsi amarré, j'explorai directement avec le doigt la plus grande partie du lobe supérieur et du lobe moyen, sans trouver aucune anomalie appréciable de consistance : ce ne fut qu'en dedans, non loin de la colonne vertébrale, au point que j'ai indiqué plus haut, que je retrouvai à l'exploration directe, le même épaississement, et fait plus important, je constatai qu'à ce niveau, le poumon était adhérent. J'agrandis de ce côté l'ouverture pleurale, et, avec le doigt, je pénétrai dans le tissu pulmonaire où je ne tardai pas, après avoir traversé une couche de 1 centimètre ou 1 centimètre et demi, à ouvrir une cavité, remplie d'un liquide sanieux, noirâtre, extrêmement fétide. Cette cavité qui aurait pu contenir un gros œuf de poule, était tapissée d'une sorte de paroi putrilagineuse grisâtre ; j'en fixai les bords avec des pinces,

je la détergeai autant que possible, et j'en réunis le pourtour, par des points séparés au catgut, à la paroi. Le reste de l'incision pleurale fut suturé, le foyer de gangrène, marsupialisé, tamponné à la gaze iodoformée, et le lambeau cutané, rabattu, suturé partiellement.

Le malade n'avait pas mal supporté l'intervention : il avait été endormi à l'éther, il se réveilla sans difficulté, passa une journée relativement calme ; le soir la température était de 36°,8, le pouls fréquent, mais assez bon. Le lendemain matin, 10 janvier, la situation paraissait désespérée , pouls à 132, petit ; respiration 39 ; température 36°,8, nez et oreilles froides, râle trachéal. A 11 heures, on pratiqua une injection intra-veineuse de 2 litres de sérum de Hayem : le pouls remonta et devint moins fréquent, le malade se réchauffa un peu. On continua l'usage du sérum, par voie sous-cutanée et intra-veineuse, dans le reste de la journée, et l'état général, si grave le matin, devint moins menaçant. Malheureusement le malade urinait très peu, et l'état de ses reins s'opposait presque entièrement à l'élimination du sérum. Le 11, au matin, M. Fernet estimait encore, pourtant, que tout espoir n'était pas perdu ; mais, dans la journée, le malade s'éteignait.

L'autopsie nous montra que, sans la complication rénale, la guérison eût été possible; de fait, il n'y avait pas d'autre foyer gangréneux; celui que nous avions ouvert occupait bien la partie inféro-antérieure du lobe supérieur, ses bords étaient restés en connexion avec la paroi; il n'y avait, dans la plèvre, et aussi bien à droite qu'à gauche, que du liquide séreux. On retrouvait ce même liquide en grande quantité dans l'abdomen, dont tous les organes étaient le siège d'une sorte d'infiltration séreuse; les deux reins, petits, durs et ratatinés, étaient totalement scléreux, et par suite de cette insuffisance d'émonctoires, le sérum injecté avait été sans doute pour une grande part dans la production de cette anasarque.

Mon second opéré était un homme de 33 ans, blanchisseur des hôpitaux, exposé, par là même, à des contagions faciles ; assez vigoureux, il avait pourtant commencé à maigrir depuis deux mois, et depuis lors, il toussait, il avait des sueurs nocturnes, il s'affaiblissait. Depuis trois semaines, il était devenu réellement malade, et avait dû s'aliter, depuis trois jours, lorsqu'il entra dans le service de M. Fernet, le 20 janvier 1896. Il présentait alors tous les indices d'une infection très profonde : la température était élevée, 39°, 39°,5, le pouls très fréquent, la face pâle, bouffie, la langue sale. « Nous constatons chez lui, écrit M. Fernet, les signes d'une broncho-pneumonie occupant le lobe inférieur du poumon droit surtout en arrière, et en outre, ceux d'une induration partielle du lobe supérieur droit. Pendant les huit premiers jours que le patient passa dans le service, la situation ne changea point ; mais, au bout de ce temps, l'expectoration muco-purulente que le malade présentait depuis son entrée, commença à exhaler une odeur fétide, et, deux jours après, durant mon examen, survint une secousse de toux,

pendant laquelle je fus assailli par une odeur infecte, gangréneuse, qui ne pouvait laisser aucun doute sur l'existence d'un sphacèle du poumon. Restait à établir le siège de la maladie pour une intervention chirurgicale qui me paraissait nécessaire ; or, à plusieurs reprises, je constatai, dans une étendue grande comme la main, à la partie postéro-inférieure du poumon droit, de la submatité et de gros râles sous-crépitants à timbre éclatant, tandis qu'au sommet du même poumon je trouvais seulement, à la percussion, une diminution légère de la sonorité, à l'auscultation de la rudesse respiratoire et un léger souffle sans bruits adventices. Dans ces conditions, je crus pouvoir localiser la gangrène à la base du poumon droit, et rattacher les petits signes du sommet à une infiltration tuberculeuse commençante. »

Ce fut d'après ces données que je pratiquai l'intervention, le 27 janvier 1896, en présence de M. Fernet et de mon maître, M. Théophile Anger ; je découvris, en traçant et en relevant un grand lambeau à base supérieure, la zone qui m'avait été indiquée, et qui correspondait à la partie moyenne des 8e et 9e espaces intercostaux : trois côtes furent réséquées sur une longueur de 6 à 7 centimètres et je poursuivis, au doigt, le décollement du feuillet pariétal de la plèvre tout autour de cette brèche. Ici encore, ce décollement eut lieu sans difficulté sur un rayon d'au moins 5 centimètres, tout autour de l'ouverture pratiquée à la paroi thoracique. J'avais alors dépassé de beaucoup la région qui m'avait été signalée comme étant le siège du foyer, et le palper transpleural ne me faisait sentir qu'une surface pulmonaire à peu près uniforme en tous ses points. J'incisai alors la plèvre vers le milieu de la portion découverte, et je constatai qu'elle était adhérente au poumon, quoique les connexions fussent assez lâches et ne parussent pas très anciennes. Je pris alors le parti de faire au poumon une courte et superficielle incision, et par cette voie de faire pénétrer mon doigt dans le parenchyme, en me dirigeant en dedans et un peu en haut suivant les conseils que M. Fernet voulait bien me donner et le résultat de son examen antérieur. Je creusai ainsi peu à peu dans le tissu pulmonaire une sorte de canal de 5 à 6 centimètres de profondeur, du reste, sans grandes difficultés et sans hémorrhagie notable, mais aussi sans trouver aucun foyer gangréneux. Avec mon doigt ainsi plongé en plein lobe inférieur, il me devenait assez facile d'en apprécier la consistance, et d'exercer, avec la main restée sur sa face externe, une sorte de palper combiné: je ne trouvai rien, et, après avoir poussé mon doigt dans divers sens jusqu'aux limites où il pouvait atteindre, je dus me contenter de réunir à la paroi les bords de l'ouverture pleuro-pulmonaire, dans laquelle je laissai un drain entouré de gaze iodoformée. Réunion partielle de la plaie de la paroi.

Le soir, la température tomba à 37°,4 ; le pouls, quoique fréquent, était relativement bon ; la dyspnée n'était pas trop grande, le facies plutôt meilleur. Durant toute la journée du lendemain, 28 janvier, notre espoir continua pourtant ; mais le soir la respiration était devenue difficile et la température avait remonté à 38°,2 ; le pansement qui était imbibé d'un liquide roussâtre, non odorant, fut changé ; l'état local était

relativement bon. L'expectoration, qui avait d'abord un peu diminué redevenait abondante et un peu fétide. Le 29 janvier, la température était de 39° le matin, la dyspnée et les signes d'infection générale ne laissaient plus de doute sur l'issue fatale, et de fait, malgré ce qui put être tenté, le malade succombait à 11 heures du soir.

L'autopsie montra qu'il s'agissait bien d'une gangrène pulmonaire, mais que la localisation du foyer de gangrène avait été méconnue. La plèvre droite était adhérente dans toute sa hauteur; le lobe supérieur était occupé par une vaste poche, à parois gangréneuses, remplie d'un liquide putrilagineux grisâtre; elle avait presque le volume du poing, et se continuait en bas avec une autre petite cavité gangréneuse, qui aurait pu loger une noix. Il n'y avait dans le lobe inférieur que des lésions disséminées de broncho-pneumonie; le fond du canal que j'avais creusé avec mon doigt dans l'épaisseur de ce parenchyme, venait finir à un centimètre environ du petit foyer gangréneux. On ne trouva aucune trace de tuberculose.

Ce dernier fait montre, une fois de plus, quelles sont les difficultés d'une exacte localisation des lésions pulmonaires, et ce point a été mis parfaitement en lumière par M. Fernet, et aussi combien notre intervention serait relativement simplifiée, si le médecin, par les procédés anciens d'exploration ou par l'application des rayons de Roëntgen, pouvait déterminer par avance, avec précision et au moins dans les limites d'une zone étroite, la topographie du foyer gangréneux. Quoi qu'il en soit, nous nous bornerons à faire remarquer que, dans nos deux cas, nous avons commencé par décoller la plèvre et que, chez ces deux malades, le décollement du feuillet pariétal s'est fait aisément; aussi n'avons-nous vu que des avantages à utiliser d'abord ce mode d'exploration qui nous a permis, dans un cas, de nous rapprocher du foyer. Dans nos deux opérations, nous avons fait suivre ce premier examen trans-pleural de l'ouverture de la séreuse et de l'examen direct du poumon, et, dans l'une d'elles, la plèvre étant libre d'adhérences, l'incision étroite du feuillet pariétal suivie de la hernie immédiate du poumon, saisi et amarré avec une pince fixatrice, a prévenu toute irruption importante d'air dans le thorax et aucun accident n'est survenu. Je rappellerai encore que, chez mon dernier malade, j'ai pu creuser au doigt, en plein parenchyme, un canal relativement très long, et réaliser ainsi une sorte d'exploration endo-pulmonaire, sans provoquer d'hémorrhagie; malgré la longue distance qui séparait le siège du foyer gangréneux de celui qui lui avait été assigné, il s'en est fallu de peu que je ne réussisse quand même à en atteindre l'extrémité inférieure.

Je me garderais donc de formuler des conclusions intransigeantes

que, du reste, l'expérience de deux observations personnelles ne justifierait guère, et je persiste à penser, pour ma part, que, dans cette chirurgie neuve, et qui, pour progresser, demande avant tout des faits et des faits précis, l'heure n'est pas venue d'établir des règles immuables, que la complexité des cas particuliers rendrait trop souvent illusoires.

M. Bazy. — Ma communication visera trois points : *le premier point* m'intéresse personnellement. Vous vous rappelez que, voulant prouver l'innocuité de l'ouverture chirurgicale de la plèvre, j'avais cité une observation de kyste hydatique du poumon, sans la discuter.

L'auteur de cette observation a cru devoir la discuter dans la séance de février, et j'ai dû alors y faire la réponse que vous avez entendue ce jour-là et dont M. le Secrétaire annuel vous a donné lecture mercredi dernier, 10 février. Or, si j'en juge d'après un communiqué tardif que je trouve dans la *Presse médicale* du 13 février, sous le titre de : *Contribution à la chirurgie du poumon*, ma réponse n'aurait pas de raison d'être. Je tiens à consigner ici que j'ai répondu à des réflexions qui ont été faites à ce moment-là.

Il est bien établi qu'il y a actuellement du même auteur, deux versions contradictoires d'une opération de kyste hydatique du poumon : celle du Congrès français de chirurgie que j'ai reproduite ici dans la séance du 20 janvier 1897 (*Presse médicale*, 23 janvier) et celle donnée à la séance du 3 février, et que je reproduis ici d'après la *Presse médicale* du 13 février, où elle a été insérée sur un communiqué de l'auteur, sous la rubrique : *Contribution à la chirurgie du poumon* (p. 66, 3e col.) « J'ai même éraillé, puis déchiré la plèvre en voulant, dans ce cas spécial, toucher le poumon à travers la couche d'air qui m'en séparait. »

Je ne compte pas la version non intéressée de M. Terrier, qui assistait à l'opération.

Le deuxième point a trait aux opérations de MM. Brun et Lejars qui avaient été citées et qui, à mon avis, n'auraient pas dû figurer au débat avec une simple mention.

M. Brun me permettra de le citer à mon tour puisqu'il a laissé son nom s'introduire dans la discussion. Il a fait le décollement de la plèvre sans la déchirer, et cela ne nous étonne pas, nous qui connaissons son habileté ; mais *il n'a rien trouvé.*

Vous venez d'entendre les observations que M. Lejars est venu loyalement vous apporter, sur ma demande. Dans la première, il a fait mon opération, c'est-à-dire la pleurotomie exploratrice. Après avoir décollé la plèvre pariétale épaissie, ne trouvant rien, il l'a ouverte, et grâce à cette ouverture, il a trouvé le foyer qu'il a pu

ouvrir. La seule différence entre sa manière de procéder et la mienne, c'est qu'il a réséqué trois côtes, tandis que je n'en résèque que deux ou une; mais le fait fondamental : l'ouverture de la plèvre, la pleurotomie exploratrice, nous la trouvons dans son observation.

Dans la deuxième opération, il a aussi ouvert la plèvre, après avoir pratiqué le décollement pleural qui ne lui avait rien donné, il a trouvé de légères et de récentes adhérences. Je ne voudrais pas avoir l'air de lui donner de conseil dont il n'a pas besoin; mais je crois que s'il eût détaché ces adhérences récentes, et exploré la surface du poumon, il aurait trouvé une adhérence plus ferme qui aurait été une indication précieuse et qui aurait, comme dans mon cas, fait trouver et ouvrir le foyer principal.

Ce dernier cas eût alors été comme le premier, à l'actif de l'ouverture chirurgicale de la plèvre, de la pleurotomie exploratrice.

Le troisième point a trait à l'observation présentée par M. Delorme, dans la dernière séance sur *l'expansion du poumon* par les efforts de toux après la pleurotomie.

J'ai fait, le 31 janvier dernier, une opération de pleurotomie dans des conditions toutes particulières, et que je veux citer aujourd'hui, parce qu'elle vient à l'appui des idées exprimées par M. Delorme, dans la dernière séance. Elle montre, comme son observation, l'influence de la ventilation pulmonaire sur le déplissement et l'expansion du poumon.

Je n'aurais pas voulu la citer, et je l'aurais gardée comme pièce d'attente, si M. Delorme n'avait pas cité la sienne. C'est que, dans mon cas, il existait des adhérences, et on n'aurait pas manqué de m'objecter avec raison, l'influence de ces adhérences. Venant après celle de M. Delorme, mon observation reprend de la valeur, d'autant que les modifications imprimées au poumon par la ventilation (ceci c'est la respiration artificielle) ont été tellement grandes qu'elles m'ont beaucoup frappé.

Voici cette observation telle que je la copie sur le registre d'opérations, sur lequel elle a été écrite sous ma dictée immédiatement après l'opération.

Voyons d'ahord l'observation résumée.

Il s'agit d'un homme de 33 ans, R..., Léon, mécanicien, qui m'est envoyé de l'hôpital Andral, avec le diagnostic : « pleurésie enkystée fétide », le 27 janvier dernier.

On avait fait une ponction en arrière, dans le premier espace intercostal. On avait retiré du pus fétide. Je n'ai pas pu savoir pourquoi on avait été amené à faire une ponction dans ce point, car on n'entendait qu'un souffle lointain à ce niveau et il n'existait que de la submatité. Je notai ces derniers détails le 29 janvier.

Le 30 janvier, le malade eut, pendant la nuit une vomique et une autre le matin; le pus très fétide, était fluide et gris verdâtre. Le malade est affaibli; on note un peu moins d'albumine dans l'urine.

Comme signe stéthoscopique, il existe toujours de la submatité à la partie postérieure. Les vibrations thoraciques sont complètement abolies du côté de l'aisselle. Tout se fait en arrière; dans le septième espace intercostal où on entend un bruit métallique. Ce bruit s'entend aussi dans le huitième espace intercostal ainsi que le souffle, à quatre travers de doigt de la colonne vertébrale.

Devant la variabilité de ces signes et leur signification douteuse pour moi, j'attends, espérant voir le lendemain mon collègue de l'hôpital Andral qui, du reste, n'est pas prévenu.

Le 31 janvier. Le souffle ne s'entend pas en arrière comme hier; mais on l'entend sur la ligne axillaire, en avant du grand dorsal, toujours au niveau du même espace intercostal. Trois quarts d'heure après l'examen, le malade ayant eu une vomique, on entend à nouveau un souffle cavitaire dans les points où nous l'avions entendu la veille.

Malgré mon incertitude et en raison de la gravité de l'état général, faiblesse très grande, pouls à 120, anxiété. Je décide d'intervenir.

Opération le 31 janvier 1896. Pleurotomie pour pneumopyothorax.

Incision au niveau du huitième espace intercostal un peu en arrière de la ligne axillaire, mesurant environ 7 à 8 centimètres. Résection de 4 centimètres environ de la septième côte. La plèvre apparaît manifestement malade, à tel point que nous la croyons adhérente. On l'incise au thermocautère et on arrive tout de suite à une cavité que l'on reconnaît pour la cavité pleurale. L'odeur qui s'en échappe est absolument semblable à celle que nous avions sentie; du reste, on voit au fond de cette cavité un liquide analogue à celui que le malade avait rendu. Le doigt, introduit dans la cavité, parcourt la face interne des côtes; en bas, il est trop court pour atteindre le diaphragme, et, en haut, on sent le poumon adhérent; en dedans, on le sent aussi.

On pratique un lavage de la plèvre avec de l'eau bouillie et, à cause d'incidents dont il va être question, on remet le malade sur le dos. Au bout d'un certain temps, on met de nouveau le doigt dans la plaie et on sent le poumon tout contre le doigt; on sent le poumon en haut, en bas et en dedans. Ce retour du poumon est dû, soit au changement de position du malade, soit à la respiration artificielle que l'on a pratiquée et qui a peut-être facilité le déplacement du poumon. On remet le malade dans la position latérale, et la cavité se reforme un peu. On place un gros drain se dirigeant vers le diaphragme dans cette cavité.

Les incidents dont il est question ont été les suivants : Dès que le malade a été placé sur le côté, quoique non endormi, il est devenu violet, la figure s'est couverte de grosses gouttes de sueur. On a donné très peu de chloroforme.

Pendant ce temps-là on l'a lavé, brossé, aseptisé, et on a fait l'opération au milieu des mouvements du malade.

A ce moment on a lavé la plèvre et la respiration prenait une allure agonique, quoique le malade ait été couché sur le dos. Voyant cette

allure de la respiration, on a fait une piqûre de 25 centigrammes de caféine et d'éther, on a donné de l'oxygène et pratiqué la respiration artificielle. Au bout d'un certain temps, le malade a commencé à lutter contre l'aide qui faisait la respiration artificielle. Le pouls, qui avait faibli beaucoup, s'est remonté et est devenu plein et fort, de même le gonflement des jugulaires a disparu. La teinte violacée a diminué beaucoup, et le malade s'est mis à pousser des gémissements. La teinte asphyxique a reparu un peu pendant que l'on faisait les points de suture.

On peut résumer cette opération en disant que sous l'influence de la respiration artificielle, un poumon actélectasié par le fait d'un pyopneumothorax, a repris ses dimensions premières, est venu se mettre en contact avec la paroi thoracique, bien qu'il ait été nécessaire de fermer la plaie thoracique, et ce qui prouve que c'est la respiration artificielle qui a eu cet effet heureux, c'est que quand on a eu mis le malade sur le côté, la cavité ne s'est reformée que légèrement, et cela probablement parce qu'à ce moment on avait, pour quelques instants, cessé la respiration artificielle.

Ce malade est mort dans la journée.

A l'autopsie, nous n'avons pas trouvé de pleurésie interlobaire, mais une pleurésie de la grande cavité séreuse, occupant environ les trois cinquièmes inférieurs de la plèvre, au niveau du thorax et aussi au niveau du médiastin. La limite supérieure était une courbe à convexité inférieure, de sorte qu'il y avait deux grandes cavités, l'une antérieure, l'autre postérieure, réunies par une espèce de détroit.

Nous n'avons pas pu trouver l'orifice de communication avec les bronches, parce que la pièce laissée un instant sur la table a été sectionnée par des élèves étrangers au service.

En présence de ces résultats, j'aimerais mieux avoir recours à ces moyens simples, dont nous connaissons l'action et la valeur, plutôt que d'employer des moyens comme le tubage de la glotte et la trachéotomie dont nous ignorons et la valeur et les dangers.

Quand on peut maintenir le poumon tendu, déplissé et en expansion par la respiration artificielle, je ne vois pas pourquoi nous irions l'insuffler.

M. Routier. — J'ai opéré un homme qui avait été adressé à M. Cuffer avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire. M. Cuffer pensa qu'il s'agissait d'une pleurésie purulente en communication avec les bronches et le fit passer dans mon service.

Le diagnostic était hésitant, s'agissait-il d'une pleurésie purulente en communication avec les bronches par une perforation, d'un abcès du poumon ou d'une collection interlobaire? La chose

était difficile à établir. Le point même où devait porter l'action chirurgicale ne l'était pas moins, car les signes stéthoscopiques étaient : un souffle et des râles disséminés, sans point de localisation précise. M. Cuffer détermina l'endroit où mon action devait se porter et sur ses indications je découvris la côte sous-jacente à l'angle de l'omoplate, la 8e, je crois. J'en réséquai 10 centimètres, je décollai facilement la plèvre pariétale dans une étendue correspondant à deux espaces intercostaux environ et j'essayai *sans résultat* l'exploration extra-pariétale. Alors je fis une petite incision à la plèvre par laquelle j'introduisis mon doigt, il ne pénétra point d'air dans la plèvre. Ne sentant rien j'agrandis mon incision et lui donnai 10 centimètres. Je vis alors le poumon dont la plèvre viscérale épaissie présentait une couleur jaune. Sur cette bande jaune qui paraissait suivre la direction de la scissure interlobaire, je fis une incision, aussitôt il s'écoula du pus et mon doigt introduit dans cette ouverture pénétra dans une cavité dont il s'écoula un litre de pus environ. Pendant cette opération le malade, anesthésié au chloroforme, ne nous donna aucune inquiétude, je laissai trois drains dans la cavité de l'abcès et le malade guérit rapidement en conservant une fistule de 7 à 8 centimètres de profondeur.

Cette observation me permet de déclarer que : 1° le décollement de la plèvre est facile. Mais que l'exploration extra-pleurale du poumon ne donne aucun résultat ; 2° qu'après une incision même large, de la plèvre il ne s'est pas produit de pneumothorax.

Discussion sur la tuberculose rénale.

M. Routier. — Depuis trois ans surtout j'ai eu l'occasion d'observer d'une manière suivie des maladies des voies urinaires, et en maintes circonstances j'ai eu à traiter la tuberculose de cet appareil : on peut dire qu'elle est très commune.

Bien souvent, la tuberculose se localise dans le rein, et bien souvent aussi dans un seul rein. Dans tous les cas, les lésions sont toujours beaucoup plus marquées d'un côté que de l'autre, sans qu'il soit possible, comme il est facile de le comprendre de savoir si le rein droit est plus souvent pris que le rein gauche.

La tuberculose peut donc se localiser dans un seul rein, et y rester longtemps cantonnée, c'est alors que l'action chirurgicale peut offrir au malade des ressources supérieures au traitement médical.

Car il faut alors se comporter comme on le fait dans les tuber-

culoses locales des membres, et l'ablation de l'organe malade rend le service de supprimer un foyer d'infection.

Comment la tuberculose se localise-t-elle dans le rein? c'est là un point fort obscur et dont la raison nous échappe; le fait existe, il faut savoir le reconnaître.

Je n'ai pas pour ma part eu à intervenir comme M. Tuffier pour combattre le symptôme *douleur ;* mais j'ai fait des néphrotomies ou des néphrectomies pour parer soit à l'*hémorrhagie*, soit à l'*infection.*

Outre ce cas si remarquable que je vous ai déjà présenté ici, de néphrotomie pratiquée pour remédier à une hématurie incoercible, abondante et qui menaçait les jours de la malade, j'ai observé deux cas d'hématurie rénale, due certainement à des lésions tuberculeuses; deux cas dans lesquels j'ai été sur le point d'opérer, mais l'hématurie s'est arrêtée, et les deux malades, deux femmes de 34 et 36 ans, que je ne perds pas de vue, suivent régulièrement un traitement médical grâce auquel, peut-être, ces hématuries ont cessé depuis 1 an et 5 mois.

J'ai pu revoir ces jours-ci, le 29 janvier, la malade à laquelle j'ai pratiqué la néphrectomie le 15 décembre 1894. Je vous rappelle que la lésion rénale était insignifiante : un tout petit foyer tuberculeux, limité à un calice, examen fait par M. Pilliet : cette femme, qui a aujourd'hui 31 ans, est devenue forte, grasse, n'a plus eu à s'occuper de sa santé, et malgré toutes mes recommandations n'a jamais fait le traitement que je lui avais conseillé.

Je ne voudrais pas dire que ces malades ne souffrent pas. Toutes celles que j'ai vues souffraient du rein malade, mais non au point de demander une intervention.

Mes autres cas se rapportent à des lésions tuberculeuses suppurées du rein, à des pyonéphroses.

Trois fois j'ai dû à cause du mauvais état général des malades tombées au dernier degré du marasme, me contenter de faire la néphrotomie, inciser le rein, le laver et le drainer; mais il faut bien le dire, c'est là un pis aller, la néphrotomie est toujours suivie d'une fistule intarissable qui, si elle ne donne pas toujours de l'urine comme j'ai pu l'observer, donne toujours du pus et en assez grande quantité.

Il faut si on veut guérir, enlever le rein, pratiquer la néphrectomie.

Dans ces trois cas d'incision du rein, j'ai eu la chance de voir mon malade reprendre assez de force et d'embonpoint pour me permettre de pratiquer l'opération complémentaire, la néphrectomie.

Le premier cas date du 5 juillet 1895 et le malade va très bien. Le second est plus récent, la néphrotomie date du 23 janvier.

Il s'agit d'un jeune garçon de 26 ans. Tout va bien du côté du rein opéré et du rein qui lui reste ; la fonction de ce rein est très satisfaisante, il donne une urine abondante et absolument limpide, mais le malade a eu du côté de son sommet droit une poussée très violente de tuberculose dont il n'est pas encore sorti.

Le troisième est un garçon de 29 ans à qui j'ai fait le 10 octobre 1896 la néphrotomie dans les conditions les plus mauvaises :

En proie à une fièvre hectique violente, il était arrivé au dernier degré du marasme et de l'amaigrissement : il donnait de 1600-1800 gr. d'une urine trouble avec dépôt purulent de quatre ou cinq travers de doigts au fond de son bocal.

Petit à petit, après la néphrotomie, son état s'est amélioré ; en décembre, je lui proposai la néphrectomie, mais il préféra attendre ; il m'est revenu il y a huit jours environ après avoir passé six semaines dans sa famille, décidé cette fois à en finir.

Il était certainement dans de meilleures conditions au moment de sa sortie en décembre, car il me revient maigre, rendant du pus dans l'urine, et avec des douleurs et de la fièvre.

J'ai enlevé son rein il y a huit jours, le malade est très bien ; le rein était réduit à des vestiges de substances rénales entourant un énorme paquet de tissus scléreux au lieu et place des bassinets qui contenaient deux gros calculs. Depuis ma néphrotomie il s'était reformé deux poches pleines de pus qui avaient certainement occasionné l'amaigrissement récent.

Dans quatre autres cas, j'ai cru pouvoir pratiquer la néphrectomie d'emblée, j'ai enlevé des reins très caséeux, très suppurés ; toutes mes malades, car ce sont des femmes, ont guéri, toutes ont repris de l'embonpoint.

L'une d'elles, opérée le 18 octobre 1894, a eu quatre mois plus tard de telles douleurs vésicales que j'ai cru devoir lui établir une fistule vésico-vaginale. J'ai laissé cette fistule ouverte toute l'année 1895, et l'ai fermée le 21 décembre 1895. Elle a fait une fausse couche depuis, mais se porte très bien.

Je crois donc pouvoir affirmer d'après ces faits, peu nombreux il est vrai, mais concluants, que l'intervention chirurgicale est très recommandable dans les cas de tuberculose rénale.

Le diagnostic est difficile à faire de bonne heure, c'est vrai, mais il est possible ; la palpation du rein, l'examen des urines, l'examen cystoscopique qui, dans le cas d'hématurie, alors que le rein n'est pas accessible à la palpation, m'a permis de reconnaître le côté

malade, sont autant de moyens qui permettent d'arriver à des probabilités qui touchent à la certitude.

L'opération idéale est évidemment la néphrectomie, mais l'état des malades ne permet pas toujours de la tenter avec sécurité, il faut alors se contenter de l'incision du rein, mais en sachant que si, ce qui arrive toujours, cette incision reste fistuleuse, on peut espérer voir les malades se remonter assez pour pouvoir affronter ultérieurement la néphrectomie et bénéficier largement de cette intervention, ma pratique très heureuse jusqu'ici ne m'a fait enregistrer que des succès.

Communication.

Fistule vésico-vaginale compliquée d'oblitération cicatricielle de l'orifice vésical de l'urèthre. Guérison,

Par M. PAUL BERGER.

Je crois utile de faire connaître le cas suivant que j'ai eu à traiter et dans lequel j'ai pu obtenir un succès sur lequel je ne comptais guère. C'est en effet un exemple heureusement rare d'une complication embarrassante des fistules vésico-vaginales. On verra que, même en présence de lésions très complexes, on ne doit pas désespérer d'obtenir une guérison complète et le retour à un état fonctionnel tout à fait satisfaisant. Je saisis cette occasion pour revenir sur quelques points du traitement des fistules vésico-vaginales, sur certains actes de première importance qui semblent, bien à tort, tomber dans l'oubli et que la plupart des auteurs qui ont traité de la matière dans ces derniers temps passent tout à fait sous silence. C'est peut-être à eux cependant que revient la part la plus considérable du succès dans les cas complexes.

Observation. — La femme M... m'a été adressée à l'hôpital Lariboisière, le 13 novembre 1894, comme atteinte de fistule vésico-vaginale. Elle est âgée de 34 ans, vigoureuse, de bonne apparence ; elle se présente, toute inondée d'urine, avec un érythème intense de la face interne des cuisses et des parties génitales externes, qui ne présentent pas de déformation apparente.

Le toucher fait reconnaître un vagin spacieux, assez souple. Sur sa face antérieure on sent une très large perforation, à contours cicatriciels, entourés de quelques brides fibreuses s'étendant aux parties latérales. Cet orifice laisse aisément passer deux doigts dans la vessie. Il est séparé de la lèvre antérieure du col par une étendue de 1 centimètre au moins ; à ce niveau, la paroi vaginale paraît normale.

L'introduction d'une valve, la malade étant couchée sur le côté gauche, découvre sur la face antérieure du vagin cette perte de substance au travers de laquelle la paroi vésicale antérieure fait largement prolapsus dans le vagin. La perforation mesure environ 6 centimètres de diamètre vertical sur 4 de diamètre transversal ; ses bords sont nettement cicatriciels, mais la transformation cicatricielle ne s'étend pas autour d'eux dans une étendue de plus de quelques millimètres ; au delà, les parois vaginales présentent leur aspect normal et la muqueuse est souple et mobile. Après avoir réduit le prolapsus de la vessie et l'avoir maintenu avec une éponge, on constate néanmoins que la perforation présente une béance permanente et que les tractions modérées ne permettent pas d'amener au contact ses bords opposés.

Le méat urinaire est normal, mais une sonde introduite dans l'urèthre est arrêtée au niveau de la jonction du canal avec la vessie. En insistant un peu, on voit, par la perforation, l'extrémité de la sonde qui fait saillir la muqueuse vésicale dans l'intérieur de la vessie à un peu moins de 1 centimètre du bord inférieur de la fistule. Les stylets les plus fins introduits dans le canal ne peuvent trouver de passage, l'inspection directe de la surface interne de la vessie à ce niveau démontre qu'il y a *une oblitération complète de l'orifice vésical de l'urèthre*, due évidemment à une oblitération du col de la vessie.

Inutile de dire que la fistule donne passage à la totalité des urines. Celle-ci est normale et les reins ne sont nullement altérés. La santé générale est excellente.

L'origine de cette lésion remonte à quelques mois ; le 23 juin, la malade accouchait de son septième enfant. Tout ce que nous savons, c'est qu'elle est restée vingt-trois heures en travail ; qu'elle fut ensuite plusieurs jours dans un état grave, et que, dès qu'elle eut conscience d'elle-même, elle s'aperçut qu'elle perdait par le vagin la totalité de ses urines.

Quelles que fussent les chances que l'on eût d'obtenir la réparation de lésions aussi étendues et aussi complexes, et quoique la destruction certaine du col vésical rendît très improbable le retour à un état fonctionnel satisfaisant, la première chose à faire était de rétablir la communication de l'urèthre avec la vessie.

Restauration de l'orifice vésical de l'urèthre. — Le 22 décembre 1894, un catheter Béniqué de gros volume fut introduit dans le canal et poussé avec une certaine force le plus haut possible, de manière à faire saillir fortement dans la vessie la cloison qui bouchait l'urèthre. Le bord inférieur de la fistule étant abaissé avec des crochets mousses, j'incisai dans l'étendue de 1 centimètre la muqueuse vésicale sur la saillie formée par la pointe du cathéter ; la muqueuse étant assez mobile à ce niveau, les bords de l'incision s'écartèrent, et le bout de la sonde, recouvert de la muqueuse uréthrale, vint faire saillie dans leur intervalle. Au-dessus et au-dessous de cette saillie, je passai une anse de fil prenant toute l'épaisseur de la paroi uréthrale et dont la partie moyenne était située dans le canal même ; puis j'incisai largement entre ces deux anses de fil, sur le bec de la sonde, la paroi uréthrale.

L'extrémité de l'urèthre étant maintenue béante dans la vessie par la traction exercée sur les deux anses placées de chaque côté, je cherchai dans l'urèthre le plein des anses avec un crochet, je les attirai à l'extérieur, je les coupai, et j'eus ainsi quatre fils, traversant la paroi de l'extrémité du canal et qui, repris et passés au travers de la muqueuse vésicale, me permirent d'assurer l'union de la muqueuse vésicale et de la muqueuse uréthrale. J'ajoutai encore quelques points intermédiaires, et, la continuité du canal de l'urèthre et de la vessie étant rétablie, je plaçai à demeure une sonde de Pezzer que je laissai en place pendant cinquante-deux jours. L'orifice vésical de l'urèthre ainsi reconstitué n'a jamais eu la moindre tendance à se rétracter.

Le 8 février 1895, l'opérée me suivit à l'hôpital de la Pitié; là, trois mois furent employés à obtenir une dilatation complète du vagin au moyen de boules en aluminium de Boseman. Ce ne fut que lorsque la plus grosse de ces boules put être introduite et supportée sans souffrance que je procédai à l'occlusion de la fistule.

Deuxième opération, le 16 mai 1895. — Sous l'influence de la dilatation, la paroi antérieure du vagin et les bords de la fistule ont entièrement perdu leur rigidité; en attirant légèrement en bas la lèvre antérieure du col, on amène avec assez de facilité la lèvre supérieure de la perte de substance au contact de la lèvre inférieure.

Opération faite dans le décubitus latéral. Avivement vaginal en surface circulaire de 6 à 8 millimètres; mais au lieu d'exciser la collerette muqueuse disséquée tout autour de la fistule, je la retrousse dans la cavité vésicale et je la serre au moyen d'une suture en bourse, au catgut, constituant ainsi un premier plan d'occlusion destiné à protéger la suture vaginale du contact de l'urine; puis, de la lèvre supérieure à la lèvre inférieure de la paroi vaginale, je passe 13 ou 14 points de suture au crin de Florence, comprenant et affrontant toute l'étendue de la surface d'avivement. Sonde à demeure; tamponnement vaginal.

Le douzième jour, on s'aperçoit que le pansement est mouillé et que l'opérée perd les urines; les fils sont retirés le lendemain; la plus grande partie de la réunion s'est effectuée; elle a déchiré dans une certaine étendue vers la droite; il reste un orifice de communication de dimension d'une pièce de 50 centimes environ.

Plusieurs mois sont laissés à la malade pour se refaire, puis on reprend la dilatation vaginale qui est de nouveau portée jusqu'à la plus extrême limite.

Troisième opération, le 21 novembre 1895. — La malade étant dans le décubitus dorsal, le bassin fortement relevé, la paroi postérieure du vagin abaissé avec une valve, on fait de nouveau un très large avivement circulaire, mais cette fois on excise la muqueuse dans toute l'étendue de l'avivement. Puis la lèvre supérieure et la lèvre inférieure avivées de la fistule sont réunies par 9 points de suture au fil d'argent très fort, dont les extrémités sont fortement serrées, d'abord au fulcrum, puis avec le tord-fil; quelques points de suture complémentaires sont faits avec du crin de Florence.

Ces fils sont retirés le quinzième jour seulement ; la sonde à demeure est laissée un mois entier. Au bout de ce temps, elle est retirée. Tant que la malade reste au lit, elle garde toutes ses urines et la miction se fait normalement environ toutes les deux heures. Mais, dès qu'elle se lève, elle recommence à perdre ses urines ; il semble même qu'elle les perd alors en totalité. L'examen fait reconnaître à l'extrémité droite de la ligne de réunion un orifice presque imperceptible, par lequel l'urine s'échappe en jet dans les efforts ; le stylet le plus fin ne peut cependant s'introduire dans cet orifice.

La malade est remise au lit avec la sonde à demeure. Au bout de trois semaines, on retire la sonde ; la malade peut retenir la totalité des urines ; au bout de quinze autres jours, on lui permet de se lever pendant deux heures par jour ; elle continue à ne plus perdre.

Il y a actuellement plusieurs semaines que la malade se lève et marche. Quand elle est debout, elle ne peut guère retenir ses urines qu'une heure et demie environ ; encore, lorsqu'elle tousse, perd-elle un peu d'urine. Quand elle est au lit, elle peut n'uriner que toutes les deux heures, quelquefois même à de plus longs intervalles.

L'examen montre que la réunion est complète et parfaite ; elle est régulièrement transversale et siège à 1 centimètre au-dessous de l'insertion de la paroi vaginale à la lèvre antérieure du col.

Quoique la vessie soit pleine, aucune goutte d'urine ne s'échappe par la ligne de réunion. Quand l'opérée tousse, un peu d'urine est projetée par le méat. La sonde introduite à ce moment dans la vessie évacue une notable quantité d'urine claire, et cependant la malade est venue se placer d'elle-même, en marchant, sur le lit à examen. Il n'existe aucun obstacle, aucune trace de rétrécissement au col de la vessie.

Tel était l'état de l'opérée au moment où j'achevais de rédiger cette observation ; mais, peu de temps après, vers le mois de février 1896, alors qu'elle se disposait à quitter l'hôpital pour retourner chez elle, on s'aperçut que ses urines renfermaient un dépôt muco-purulent assez abondant, coloré par du sang. Cet écoulement sanguin, variable suivant les jours, ayant pris des proportions assez importantes, l'examen cystoscopique fut pratiqué. Celui-ci nous fit voir, au niveau du point où siégeait autrefois la perforation, une cicatrice blanchâtre et, au-dessous d'elle, un gros bourgeon charnu, de coloration foncée, et d'où provenait certainement l'hémorrhagie. Je ne crus néanmoins pas nécessaire de diriger sur ce point une intervention nouvelle ; des lavages à la solution boriquée et avec une solution de nitrate d'argent firent peu à peu diminuer l'écoulement sanguin et le dépôt muco-purulent des urines. Ce ne fut néanmoins qu'au mois de juillet que je laissai la malade retourner chez elle. Elle m'a écrit au mois d'octobre dernier : « Il y a un mois et demi que je ne vois aucune trace de sang dans mon urine et que je ne ressens aucun mal en urinant. Je me porte très bien ; si je voulais faire un travail un peu pénible, je ressentirais quelques gouttes d'urine qui s'en va (*sic*) ; mais en faisant mon ménage et en ne travaillant pas trop, je garde bien mon urine et je me porte bien. »

L'incident qui a retardé la guérison a été dû certainement au bourgeon formé par le refoulement de la muqueuse vaginale disséquée et retournée du côté de la vessie. La saillie qu'il formait dans la cavité de celle-ci a pu être reconnue par l'examen cystoscopique, et ce ne fut qu'après sa rétraction graduelle que le saignement auquel donnait lieu cette sorte de fongus s'est arrêté et que la guérison a pu être considérée comme complète.

Les fistules vésico-génitales de la femme deviennent heureusement de plus en plus rares grâce aux progrès de l'instruction obstétricale des nouvelles générations médicales. Je ne puis interpréter autrement ce fait que, dans les premières années de ma pratique, comme chirurgien des hôpitaux, il ne se passait pas d'année sans que j'eusse à traiter deux ou trois femmes atteintes de lésions de cet ordre — au moins, — et que dans ces derniers temps il s'est parfois écoulé un an entier sans que j'en aie vu entrer une dans mon service. Le nombre des femmes que j'ai soignées pour des fistules vésico-vaginales ou vésico-utérines dépasse actuellement une vingtaine. Une seule ne m'a pas paru pouvoir être opérée; elle avait à la fois une destruction de toute la paroi vésico-vaginale et une destruction de la cloison recto-vaginale de laquelle il ne restait qu'un pont correspondant à l'anus.

Dans un cas, j'ai eu un insuccès presque complet; il s'agissait probablement d'une fistule vésico-uréthro-utéro-vaginale. Dans un troisième, à la suite d'une oblitération du vagin par la méthode de Simon, j'ai vu un calcul phosphatique se former au-dessus de l'occlusion, dans le vagin, calcul pour lequel il fallut détruire la réunion qui avait été obtenue; une opération tentée pour fermer l'ouverture par laquelle j'avais extrait le calcul échoua. Enfin, en 1883, je perdis une de mes opérées, peu de jours après l'opération, de cellulite pelvienne septique : cette complication avait été favorisée par la hâte avec laquelle j'avais voulu procéder à l'opération peu de jours après avoir pratiqué la section et la déchirure de brides cicatricielles rétrécissant le vagin. Toutes mes autres opérées ont guéri par l'avivement et la suture de la fistule. Je me hâte de dire que mon éducateur en la matière a été le Dr Nathan Bozeman, que j'ai eu la bonne fortune d'assister dans plusieurs opérations et dont j'ai pu suivre de près toute la pratique pendant un séjour qu'il fit à Paris en 1876 et pendant lequel mon ancien maître Dolbeau lui avait ouvert son service. A cette époque, je rendis compte des procédés de Bozeman dans deux articles que je fis paraître dans les numéros du 13 et du 17 mai de la *France médicale*. Bozeman voulut bien me répondre et compléter lui-même l'exposé que j'en avais fait, par une lettre qui fut insérée dans les numéros des 21 et 24 juin du même journal. Si je rappelle

ces souvenirs anciens, c'est que la plupart des auteurs semblent avoir oublié et négligent aujourd'hui plusieurs points sur lesquels Bozeman faisait reposer tout l'avantage de sa méthode. Je reviendrai tout à l'heure sur quelques-uns d'entre eux.

Sur le nombre de femmes que j'ai soignées pour des fistules vésico-vaginales, c'est la seule fois que j'aie observé l'oblitération de l'orifice vésical de l'urèthre. Cette complication, au premier abord, me paraissait ne laisser aucune chance de succès à l'opération : je pensais que, même en rétablissant l'abouchement de l'urèthre dans la vessie et en enfermant la fistule, la malade conserverait une incontinence totale tenant à la destruction du sphincter vésical et à l'impossibilité de le reconstituer, On a pu voir qu'il n'en a pas été ainsi. Je ne reviendrai pas sur le procédé très simple que j'ai employé pour refaire l'orifice vésical de l'urèthre : on le trouvera décrit en détail dans l'observation ; il a consisté, en résumé, dans la suture de la muqueuse vésicale et de la muqueuse uréthrale, sur les bords d'une incision intéressant largement le diaphragme qui oblitérait la communication. Il est probable que les fibres musculaires circulaires du col vésical n'avaient pas trop souffert du traumatisme obstétrical et que la sonde qui me guidait dans la recherche du cul-de-sac uréthral eut la chance de faire saillie au point même où le col vésical s'ouvrait autrefois. Quoiqu'il en soit, le rétablissement des fonctions vésicales, après l'occlusion de la fistule, fut, sinon parfait, du moins très satisfaisant. L'opérée retient ses urines pendant plusieurs heures même quand elle travaille et quand elle marche ; elle vide à volonté sa vessie ; elle a donc un col qui fonctionne dans des conditions presque normales et j'espère que celui-ci se *sphinctérisera* davantage encore avec le temps.

Cette fistule, d'ailleurs, quoiqu'elle fût une des plus larges que j'aie eu à fermer, se présentait, à part la complication sus-mentionnée, dans des conditions de simplicité relative ; elle était indépendante de la lèvre antérieure du col et séparée d'elle par un intervalle suffisant ; il n'y avait pas de rétrécissement du vagin, peu de brides cicatricielles comme celles dont j'ai dû triompher dans d'autres cas (dans un de ces cas le passage circonscrit par ces brides n'admettait l'index qu'avec peine) ; les uretères étaient indemnes et les urines n'étaient point altérées. La principale difficulté tenait aux dimensions verticales considérables de la fistule qui l'emportaient de beaucoup sur les transversales, de telle sorte que la réunion, pour être correcte, devait se faire suivant le plus grand diamètre de la perte de substance. C'est ici que j'ai eu tout particulièrement à m'applaudir d'avoir suivi les préceptes de Bozeman.

La dilatation graduelle du vagin par l'emploi des boules dilatatrices et du tampon est l'acte préparatoire obligé de toute opération de fistule vésico-vaginale bien faite. Cette dilatation n'a pas pour but seulement de donner à l'opérateur ses coudées franches, c'est là le moindre de ses avantages : elle amène le relâchement, la libération des bords de la perte de substance en faisant cesser la rétraction des adhérences cicatricielles qui les tirent en sens opposé. Ce traitement, mené avec une extrême prudence et la lenteur nécessaire, doit être conduit aussi loin que possible, jusqu'à ce que le doigt porté en tous sens, jusqu'à ce que le spéculum bivalve introduit dans toutes les directions ne révèle plus de bride faisant une saillie anormale dans la cavité vaginale. Les brides cicatricielles qui résistent doivent être sectionnées avec prudence et en plein jour, surtout celles qui avoisinent le rectum ou le cul-de-sac postérieur : chez mon opérée, je n'ai pas eu besoin de recourir à ces petites opérations préalables, qui sont fort souvent nécessaires ; mais chez elle, mieux que chez la plupart des autres malades que j'ai soignées, j'ai pu constater l'efficacité de ce traitement préparatoire. Quand le vagin eut été dilaté à l'extrême et qu'il put admettre les plus grosses boules dilatatrices de la série Bozeman, la lèvre supérieure de la perte de substance pouvait être amenée et maintenue sans nul effort au contact de la lèvre inférieure dont elle était originellement distante de 6 centimètres. J'étais bien sûr que désormais ma suture n'aurait aucun tiraillement à supporter.

Ne possédant pas le support de Boseman, qui permet d'endormir les malades et de les opérer dans la position genu-pectorale, j'ai fait toutes mes opérations en employant le décubitus latéral droit ou gauche, suivant que le côté droit ou le côté gauche de la fistule me semblait devoir être le plus difficilement accessible. Quand la fistule n'est pas trop haut située, je préfère actuellement le décubitus dorsal combiné avec une élévation assez forte du bassin ; mais il ne faut pas se cacher que la position de Boseman donnerait une beaucoup plus grande aisance à l'opérateur.

Dans l'avivement, que je fais très oblique, j'avais toujours observé le précepte de Boseman, qui conseillait de faire porter cet avivement sur toute l'épaisseur du bord de l'orifice de communication vésico-vaginale, en y comprenant la muqueuse vésicale comme la muqueuse vaginale. J'ai cru pouvoir le délaisser dans la première des opérations d'occlusion que j'ai fait subir à ma malade, et j'ai voulu me servir de la collerette muqueuse, constituée par la dissection du pourtour de la fistule, pour la refouler du côté de la vessie, l'y fixer par une suture en bourse et pour former ainsi un premier plan de réunion, une sorte de bouchon recouvrant

la suture des lèvres de la fistule et la protégeant contre le contact de l'urine.

Cette modification du procédé opératoire m'avait donné, dans un cas antérieur, un assez bon résultat, mais je n'y aurai plus recours. La saillie des parties molles refoulées dans la cavité vésicale y détermine, ainsi que le prouve l'observation présente, la formation d'une sorte de fongus dont la présence peut être l'origine de quelques complications; l'examen cystoscopique, chez mon opérée, a démontré que le dépôt muco-purulent des urines et les hémorrhagies vésicales, qui se sont produites assez longtemps après l'opération et qui ont retardé la guérison, étaient certainement dus à cette cause. C'est un sous-procédé que j'abandonne entièrement, je n'y aurai plus recours dans la suite.

Dans la suture, j'avais délaissé le fil d'argent pour me servir de crin de Florence : est-ce à cette circonstance que j'ai dû l'insuccès d'une partie de ma réunion, insuccès qui a nécessité une seconde opération? Je ne voudrais pas l'affirmer, mais ayant usé de l'un et de l'autre, je dois dire que c'est au fil d'argent que je donne décidément la préférence, et au fil d'argent très fort, tel que celui dont se servait Boseman. Il faut, quand tous les fils ont été passés et serrés avec l'ajusteur ou le fulcrum, il faut avant de les tordre, pousser une injection par l'urèthre dans la vessie ; si les lèvres de la fistule restent partout au contact, si rien ne filtre au travers de la réunion, si l'injection ne revient nullement par le vagin, on peut être sûr que l'affrontement restera parfait et que la réunion sera parfaite.

Pour fixer la suture, j'avais autrefois employé les petites plaques de plomb perforées dont se servait Boseman ; j'y ai renoncé depuis lors, parce que le temps nécessaire pour déterminer les dimensions, la forme, pour les percer aux points voulus des trous nécessaires au passage des fils, allonge démesurément l'opération. Je me suis borné dans la dernière opération à serrer les fils d'argent avec un *tord-fils*.

Dans la confection de cette suture, l'essentiel est de se servir de fil gros, pour qu'il soutienne les surfaces sans les couper ; pour que, par sa rigidité seule, il maintienne en contact les lèvres de l'avivement sans qu'on ait besoin de serrer trop chacun des points. S'il est nécessaire, dans l'intervalle de ceux-ci, on peut placer quelques points de suture au crin de Florence ou à la soie pour réunir bord à bord les muqueuses de la manière la plus complète.

Au dernier congrès de Chirurgie, M. Ricard a présenté un procédé, déjà employé par Gerdy puis par M. Duboué, et qui consiste à dédoubler sur tout le pourtour de la fistule la cloison vésico-vaginale pour réunir ensuite par la suture les bords opposés des

lèvres vaginales de l'orifice fistuleux avivé dans ce premier acte. Cette manière de procéder est simple et très pratique, mais il faut qu'elle soit possible, et elle n'est certainement pas applicable aux larges fistules siégeant en plein tissu cicatriciel comme celles que j'ai vues opérer par Bozemann et que j'ai opérées moi-même.

Il en est également ainsi de l'abaissement de la fistule que l'on attire à la vulve afin de faire l'opération à découvert. Il faut, cela va de soi, recourir à cette manœuvre toutes les fois qu'elle est exécutable ; mais elle ne l'est pas, ou très incomplètement, quand on a affaire à ces vagins cicatriciels et rétrécis pour lesquels le traitement de Bozeman par la dilatation préalable est absolument nécessaire et peut seul conduire à un bon résultat.

C'est sur ce point que je veux encore revenir en terminant :

L'opération de la fistule vésico-vaginale est une opération relativement facile, même dans les cas complexes, puisqu'elle ne présente que des difficultés mécaniques dont on vient à bout avec la dextérité que donne l'habitude. Elle ne présente pas cet inconnu auquel il faut toujours s'attendre dans d'autres opérations plastiques et qui vous force à renoncer, chemin faisant, à un plan mûrement étudié, pour en chercher un autre. Mais pour la faire dans de bonnes conditions, il est nécessaire de donner tous ses soins au prologue, à l'acte préparatoire, à la dilatation du vagin par laquelle, non seulement on s'ouvre un accès plus large vers la perte de substances que l'on se propose de combler, mais on fait disparaître la tension des bords de la fistule, la traction exercée sur eux par les brides cicatricielles, causes auxquelles il faut rapporter le plus grand nombre des insuccès qui ont été observés à la suite des opérations de cette espèce.

Présentations de malades.

Fracture de la région frontale du crâne par le choc d'un pont de chemin de fer ; trépanation d'emblée ; lésions très étendues de la table interne de la dure-mère et du cerveau. Guérison. Présentation du blessé un an après.

M. Lejars. — J'ai l'honneur de vous présenter un jeune garçon de 14 ans que j'ai trépané, il y un an, pour une fracture étendue de la lame vitrée du frontal, compliquée de déchirure de la dure-mère et d'un large foyer d'attrition cérébrale.

L'accident était survenu le 9 février 1896 dans des conditions particulières : monté debout sur l'impériale d'un train de banlieue, notre

garçon avait été heurté au front par un pont et projeté sur la voie. Transporté à l'hôpital Beaujon, il était absolument sans connaissance lorsque je le vis, environ cinq heures après. La région frontale gauche était le siège, à sa partie supérieure, d'une plaie contuse, irrégulière, de 2 à 3 centimètres, par laquelle suintait un peu de sang.

J'agrandis cette plaie et je trouvai, sur la face externe du frontal, au même niveau, une fissure sinueuse, de 2 centimètres à peu près, correspondant à une très légère dépression de l'os. Un peu de sang s'échappait encore entre les lèvres de la fissure. Je l'élargis au ciseau et surtout à la pince-gouge, et je découvris ainsi une fracture comminutive à fragments multiples de la table interne et une cavité remplie de débris osseux, de caillots et de substance cérébrale en bouillie, creusée dans l'épaisseur du lobe frontal ; pour la rendre bien accessible, je dus exciser une rondelle d'os d'au moins 3 centimètres de diamètre ; je dégageai soigneusement ce foyer, qui eût aisément contenu un petit œuf de poule, et je terminai mon intervention en y laissant un tamponnement peu serré à la gaze iodoformée et en réunissant partiellement la plaie superficielle.

Les suites furent assez simples, il n'y eut pas d'élévation thermique, mais le malade resta, durant les premiers jours, dans un état de torpeur et de somnolence dont on avait les plus grandes peines à le tirer momentanément ; on ne trouvait, du reste, aucun phénomène de localisation, aucune zone de paralysie ou de contracture, les pupilles étaient plutôt élargies, sans inégalité, la déglutition et toutes les fonctions digestives se faisaient bien, quoique l'espèce d'anéantissement dans lequel était plongé le blessé rendît l'alimentation assez difficile ; il n'y avait pas de vomissements.

Au bout d'une huitaine de jours, la situation s'améliora d'une façon notable ; le premier pansement montra le foyer de trépanation bien asséché, granuleux et d'excellent aspect. Il se combla dès lors assez rapidement, et, le 7 mars, notre petit opéré pouvait quitter l'hôpital, la plaie étant réduite à une étroite surface granuleuse, qui, huit jours plus tard, était complètement cicatrisée.

Nous l'avons suivi depuis lors, et, à maintes reprises, il revint nous voir. Durant les deux premiers mois, il conserva un état cérébral bizarre ; il avait de fréquentes insomnies et une sorte de subdélirium nocturne, il était devenu inquiet, colère, incapable de tout travail suivi. Tous ces phénomènes s'atténuèrent peu à peu et, depuis neuf ou dix mois, ils ont disparu ; le petit malade est redevenu, au dire de sa mère, ce qu'il était auparavant, il est apprenti et bon apprenti, il travaille régulièrement. La perte de substance du frontal s'est considérablement rétrécie et ce n'est plus que tout à fait à son centre que l'on retrouve encore, au moins dans la portion inclinée de la tête, les battements cérébraux.

Je me félicite d'avoir pratiqué ici la trépanation d'emblée, bien que les indices fournis par l'examen extérieur fussent, en somme,

très restreints ; elle m'a permis de découvrir les lésions étendues de la table interne, de la dure-mère et du cerveau, que la dépression à peine marquée et l'étroite fissure de la table externe étaient loin de faire soupçonner.

M. Thiéry. — Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie vous a déjà été amené en 1888 par mon maître M. Tillaux.

Cet homme reçut par accident, en 1888, un coup de feu par revolver de gros calibre dans la région latérale gauche du cou, à peu près à la bifurcation de la carotide primitive.

Après quelques incidents sur lesquels je n'insiste pas, M. Tillaux put constater les signes d'un anévrisme artério-veineux et vous montra à ce moment le malade qui, je dois le dire, ne présentait pas à cette époque de troubles fonctionnels très notables.

A l'exception de M. Périer, la plupart d'entre vous furent d'avis de temporiser, et cette opinion était sage puisque le malade vit encore actuellement.

Mais, quelques temps après, des troubles fonctionnels survinrent : maux de tête, troubles de mémoire, caractère irritable, tremblements, accès de dyspnée, qui après avoir disparu pendant plusieurs années viennent de réapparaître et s'opposent, somme toute, à ce que le malade puisse s'acquitter de son travail et lui rendent la vie fort pénible.

J'ajoute, et c'est là un des points intéressants de ma communication, que j'ai pu, grâce à la radiographie constater que la balle dont on n'avait pu autrefois découvrir le siège est restée dans la région cervicale, à la hauteur de la troisième vertèbre de cette région ; un fragment du projectile s'est détaché et a été se fixer vers le cartillage tyrhoïde. Il est donc probable que la balle a heurté la colonne vertébrale. Je serais heureux d'avoir l'avis de la Société sur ce qu'il convient actuellement de faire.

Présentations de pièces.

M. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous présenter une photographie radiographique d'un traumatisme du coude très complexe qui nous avait laissé dans une incertitude complète au point de vue du diagnostic.

Le blessé, un homme de 48 ans, avait été atteint, dit-il, en 1871, d'une

luxation du coude. On lui fit subir une opération sous le chloroforme; il ne sait pas ce qui lui a été fait.

Depuis ce moment gonflement et endolorissement du coude par la moindre fatigue.

Il tombe le 8 mai dernier; nouvelle luxation, paraît-il, accompagnée d'une fracture de l'humérus. On réduit la luxation sous le chloroforme. Appareil plâtré.

Il entre dans notre service le 27 juin avec un coude difforme, à mouvements absolument limités; il est dans l'extension, avec impossibilité de le fléchir au delà d'un angle de 100° ; l'extrémité inférieure de l'humérus est déformée, surtout en dedans, par une saillie volumineuse de la région épitrochléenne ; en dehors, saillie antéro-externe qui appartient sans qu'on puisse l'affirmer à cause de l'épaisseur des parties molles, aux os de l'avant-bras, au radius. Impotence complète du membre supérieur.

C'est dans ces conditions que nous fîmes faire une épreuve radiographique qui nous montra un cal vicieux de l'extrémité inféro-interne de l'humérus et une luxation isolée du radius en avant et en dedans.

Je proposai à ce malade la résection de la tête radiale qui fut exécutée le 28 juillet. Il est possible, une fois le radius réséqué, de fléchir l'avant-bras à angle droit; la tête radiale venait butter dans une capsule creusée dans la partie articulaire de l'humérus. Réunion parfaite après quelques péripéties, dues à ce que le malade sortit trop tôt et ne se soigna plus; nous lui avons mobilisé l'articulation et, à sa sortie, le 16 novembre, il se sert facilement de ses membres supérieurs.

Nous l'avons revu guéri depuis. Il peut fléchir le coude, mais l'extension est limitée à un angle voisin de l'angle droit.

M. Schwartz. — Je vous présente encore les pièces d'un anévrisme crural s'étendant de l'iliaque externe jusqu'au niveau de la fémorale profonde. J'ai extirpé cet anévrisme il y a huit jours. Le malade va bien et je n'ai aucune inquiétude au point de vue de la production d'un sphacèle.

M. Nélaton présente les deux mains desséchées, momifiées d'un homme qui a subi une gelure profonde.

Observation. — Un homme âgé de 34 ans, bien constitué, sans aucune tare morbide, est pris, pendant un voyage de nuit et par une température de 1° au-dessus de 0, d'une onglée extrêmement douloureuse. Au bout de deux heures, cet homme arrive à destination. Il se chauffe immédiatement les mains devant un grand feu, éprouve à ce moment une douleur vive, et le lendemain ses deux mains sont violacées,

couvertes de phlycténes remplies de sérosité noire. A partir de ce moment, toutes les parties molles des mains se sont progressivement séchées et les deux mains sont aujourd'hui noires et sèches et sonnent à la percussion comme un morceau de bois.

Discussion.

M. LEJARS. — J'ai observé un cas analogue dans le service de M. Théophile Anger. Les deux pieds de notre malade étaient momifiés comme les pièces que nous présente notre collègue.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
NÉLATON.

Séance du 24 février 1897.

Présidence de M. DELENS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos de la correspondance.

M. MICHAUX présente un mémoire de M. Veslin (d'Evreux) ayant trait à la décortication du poumon. Renvoyé à une Commission (M. Delorme, rapporteur).

M. POZZI présente le premier numéro de la *Revue de gynécologie et de chirurige abdominale* dont il est directeur.

Discussion sur l'intervention chirurgicale dans le cas de goître exophtalmique.

M. PICQUÉ. — Les réflexions qu'a faites M. le professeur Tillaux dans la dernière séance à l'occasion de l'observation de M. Lejars,

sont fort judicieuses et je ne saurais, pour ma part, trop y souscrire.

J'ai depuis bien longtemps pris l'habitude, quand je me trouve en présence d'un goitre exophthalmique et lorsque le goitre n'est pas très volumineux, de recourir à l'appréciation d'un médecin et de n'agir que sur ses indications.

Récemment encore, dans mon service de la Maison Dubois, j'ai opéré avec succès un goitre exophthalmique que j'avais soumis à l'examen de notre collègue Achard qui s'est occupé spécialement de cette question. Dans ce cas, le goitre présentait un certain volume.

Je ne sais ce qu'il faut penser de la gravité particulière de l'intervention dans le goitre exophthalmique, mais il est certain qu'il est des goitres auxquels le chirurgien ne doit pas toucher, parce que l'élément thyroïdien est secondaire et qu'il s'agit surtout d'une affection médicale.

Jaboulay et Jonnesco ont préconisé dans ces derniers temps, pour cette variété de goitres, des opérations portant sur le grand sympathique ; le temps en justifiera la valeur.

Je tiens en terminant à vous rappeler une observation que j'ai relatée naguère à mes collègues, en février 1895, et relative à une dame soignée pendant cinq ans par notre collègue Ballet et chez laquelle tout symptôme a disparu à la suite d'une intervention que je pratiquai d'urgence pour un volumineux fibrome utérin. L'opération remonte à trois ans et les accidents n'ont jamais reparu. Cette observation se trouve comprise avec quelques autres dans la thèse de M. Odegé, 1893.

Il s'agit donc là de cas bien différents de ceux dans lesquels on est autorisé à intervenir, et M. Tillaux a bien fait d'attirer l'attention sur la distinction à faire en pareille circonstance.

Discussion sur le traitement des fistules vésico-vaginales.

De l'uréthro-cystoplastie.

M. Bazy. — La communication, que M. Berger nous a faite dans la dernière séance et qu'il a su rendre si intéressante par les considérations dont il l'a accompagnée et les heureux résultats qui ont suivi son intervention, m'a semblé devoir être pour moi l'occasion de vous faire connaître une opération analogue dont j'avais écrit la relation depuis au moins trois ans et que j'avais conservée dans mes cartons.

Je vous demande la permission de vous la lire, telle que je l'ai écrite à ce moment.

Cette opération, ou plutôt la série des opérations qu'a nécessitées le cas que je vous soumets, a été faite, à l'hôpital Lariboisière, dans le cours des années 1891 et 1892, dans le service de mon maître, M. Peyrot, dont j'avais l'honneur d'être l'assistant.

Nous n'avons plus très souvent occasion d'observer dans notre pays, du côté des voies génitales de la femme, des désordres résultant d'accouchements mal conduits ou malheureux; je veux parler de fistules vésico-vaginales, de destruction de portions plus ou moins étendues du vagin. Je viens, cependant, d'en observer il y a quelque temps un cas qu'il m'a paru intéressant de vous signaler, parce qu'il représente, je crois, presque l'extrême limite des altérations auxquelles peut aboutir la gangrène du vagin.

En effet, voici dans quelles conditions il se présenta à mon examen :

La fourchette est largement déchirée et la vulve béante; sans qu'il soit nécessaire d'écarter les lèvres, on aperçoit tout d'abord la paroi postérieure du vagin, bombée comme dans une rectocèle au début et d'apparence cicatricielle. Cette voussure répond, quand on pratique le toucher rectal, à une dépression, à un creux rectal, et on sent alors la minceur de la cloison recto-vaginale qui paraît réduite à la paroi rectale seule. De plus, en pratiquant le toucher rectal, on sent que le doigt est dans une véritable cavité dont la paroi supérieure, constituée par la cloison recto-vaginale, forme une véritable voûte dont les côtés adhèrent aux parois du petit bassin et y sont rattachés et fixés par du tissu cicatriciel.

Revenant du côté du vagin, on voyait, immédiatement derrière cette voussure de la paroi vaginale postérieure, une saillie exactement du volume du petit doigt, rosée, ferme, rappelant par sa consistance le tissu utérin; en effet, c'est bien là un moignon de col utérin : car, quelques jours après, la malade ayant ses règles, nous l'examinâmes pour voir par où pouvait sortir le sang menstruel et nous aperçûmes, à l'extrémité du moignon, un petit orifice comme une piqûre d'aiguille par où sortait ce sang; si nous n'eussions pas vu le sang couler, nous ne nous serions jamais douté que cet orifice existait et, chose remarquable, les règles n'étaient nullement douloureuses.

En avant de ce moignon, on voyait une autre saillie rougeâtre, violacée, muriforme, en avant de laquelle était un large orifice : c'est la muqueuse vésicale en éversion : on pouvait dans cet orifice mettre largement deux doigts. Ce qui restait du vagin était représenté par du tissu de cicatrice.

L'urètre était représenté par un canal situé au niveau du méat

de 1 centimètre de long, dont la paroi inférieure avait bien 1 millimètre d'épaisseur.

Si j'ajoute que les parois du vagin étaient adhérentes aux branches du pubis par un tissu cicatriciel, court et épais, j'aurai donné une vague idée des énormes désordres que j'avais sous les yeux et qui étaient les restes et les témoins d'une gangrène totale du vagin.

Or, celle-ci était due à un accouchement ; cette femme était accouchée deux ans auparavant en Algérie, et la tête, à son dire, serait restée trois jours à la vulve.

Évidemment, nous nous trouvions en présence d'un de ces cas dans lesquels on recommande l'occlusion du vagin.

A vrai dire, cette occlusion du vagin eût été beaucoup moins difficile que l'opération que je méditais et qui était la reconstitution d'une cavité vésicale et d'un canal; néanmoins, je ne songeais pas un seul instant au colpokleisis.

J'ai, en effet, vu deux colpokleisis, faits, il est vrai, un peu bas. or, cette opération a été pour chacune de ces deux malades la source d'ennuis d'abord, puis de douleurs et enfin d'accidents infectieux qui les ont emportées.

En effet, dans le cul-de-sac vaginal, l'urine peut séjourner, s'infecter, s'altérer : il se forme des concrétions phosphatiques; la cicatrice s'ulcère, l'infirmité se reproduit; et alors que les malades, avant l'opération, se portaient très bien et avaient une santé très bonne, à partir de ce moment, elles dépérissent, elles sont infectées et ne résistent pas longtemps à l'infection. C'était donc à rétablir une cavité vésicale sans laisser de bas-fond, d'arrière-cavité, que je voulais arriver.

La tâche me paraissait si difficile à accomplir que je ne songeais à rien moins qu'à pratiquer la taille hypogastrique, afin de décoller les bords de la muqueuse vésicale et les suturer; ensuite, j'aurais peut-être perforé, dans la symphyse pubienne, un large canal que j'aurais pu facilement obturer.

Car, je dois le dire, je ne pouvais faire autre chose ici que rétablir une cavité où l'urine pût être retenue mécaniquement, puisque le sphincter vésical était complètement détruit.

Je procédai donc à la première opération en 1891 [1].

Je dédoublai en arrière ce qui restait de cloison vésico-vaginale j'avivai en avant l'ogive pubienne et, sur les parties latérales, je fus obligé de détacher ce qui me paraissait être la vessie de la face posté-

[1] Je n'ai pu retrouver sur le registre d'opératious du service de M. Peyrot que la date de la reconstitution de l'urètre ou plutôt d'un canal qui est du 21 avril 1892.

rieure des branches du pubis. Je pus faire avec beaucoup de peine l'occlusion complète, mais ces tissus me paraissaient avoir trop peu de vitalité pour que je pusse compter sur un succès complet, quoique la suture parût hermétique (les points de suture faits au crin de Florence, avaient une direction antéro-postérieure).

Aussi, grandes furent ma surprise et ma joie quand, au bout de quelques jours, je m'aperçus que toute la moitié gauche de la brèche était comblée ; les fils étaient incrustés de sels calcaires que l'urine, finissant par filtrer avait déposés et cela, malgré les diurétiques que j'avais donnés.

Les deux extrémités de l'ouverture, celles qui avoisinaient le pubis, avaient été d'un avivement si difficile que j'étais très satisfait d'avoir réussi un côté.

Après un certain temps, cette malade étant de celles que l'on opère quand on n'est pas trop occupé par d'autres, je recommençai. Je fis ainsi 2 ou 3 opérations.

Je finis par avoir une cavité vésicale avec un orifice sous-pubien ; entre temps le lambeau constituant la paroi inférieure de l'urètre avait disparu.

Mais cela ne suffisait pas pour assurer l'occlusion mécanique. L'idéal eût été, en faisant un canal, d'y créer une valvule s'ouvrant de l'extérieur à l'intérieur sous la pression de la sonde et se fermant de l'intérieur à l'extérieur sous la pression de l'urine. Inutile de dire qu'il fallut renoncer à cet idéal. Je me bornai donc dans les séances ultérieures à créer un canal de trois centimètres environ sur la face antérieure du pubis dont on pût mécaniquement appliquer les parois contre cette symphyse, de manière à occlure la vessie.

Ce canal fait, je voulus voir si cette occlusion mécanique était possible et avant de commander un appareil, je fis appliquer un tampon sur ce canal et le fis maintenir au moyen d'un spica. Grâce à ce tampon, la malade pouvait garder l'urine trois heures; au bout de ce temps elle avait besoin d'uriner.

Mais la distension de la cavité vésicale amena une petite fissure qui se produisit précisément à l'extrémité droite de la première ligne de suture vésicale, presque derrière la branche pubienne; je la fermai par trois points de suture.

Je fis alors construire un appareil qui consiste dans un bandage à ressorts avec plaque hypogastrique d'où part perpendiculairement une tige en ressort terminée par une pelote allongée de 5 centimètres de long sur 2 centimètres de large en caoutchouc qui s'applique sur le canal, en comprime les parois contre le pubis.

Cet appareil me paraissait propre à remplir le but que je m'étais proposé. Aussi fus-je bien surpris quand la malade me dit qu'il se dérangeait, et qu'il ne pouvait lui servir à rien. J'étais très désappointé; mais, dans cette circonstance, je fus servi par les événements. Cette malade depuis longtemps dans le service, avait en même temps que beaucoup d'embonpoint pris des habitudes d'indiscipline, pour laquelle, un jour je la réprimandai; elle me demanda alors de signer sa pancarte,

ce que je fis immédiatement, quoique à regret . il me paraissait, je l'avoue, cruel de m'être donné tant de mal pour un si faible résultat.

Or, deux jours après, elle vient me voir chez moi, elle portait son appareil : je lui demandai s'il fonctionnait bien, elle me répondit affirmativement, et ne se fit pas prier pour avouer qu'elle m'avait trompé jusqu'alors, que, du reste, si elle m'avait demandé de signer sa sortie, c'est qu'elle espérait que je refuserais.

Je regardai son appareil; il y avait près de trois heures qu'elle n'avait pas uriné, elle n'était pas le moins du monde mouillée : or, depuis qu'elle l'avait placé elle avait marché, s'était assise, tenue debout, en un mot s'était comportée comme tout le monde.

L'urine continue à rester limpide, aseptique, elle ne souffre pas, et le temps depuis lequel elle est opérée est un garant que cet état se maintiendra.

Voilà donc un cas de destruction complète de la paroi vésico et urétro-vaginale dans lequel on a pu reconstituer une cavité remplissant réellement le rôle de réservoir sans bas-fond, et sans crainte de danger pour l'avenir. L'étendue des désordres que j'ai eu à réparer m'autorise à penser que le colpocleisis doit être désormais rangé parmi les opérations qu'on ne doit plus pratiquer.

En terminant, qu'il me soit permis de faire observer qu'il serait possible, chez les sujets atteints d'extrophie de la vessie, de faire l'occlusion mécanique de la vessie, chez les garçons, à l'aide d'une large bande de caoutchouc serrant la verge; chez les filles, au moyen d'une pelote appliquée sur un canal qu'on créerait au-dessous de la cavité vésicale.

J'avais écrit ces lignes il y a longtemps; j'ai revu depuis ce temps cette malade : elle a brisé ou détérioré son appareil et est allée dans le service de M. Terrier, où M. Hartmann lui aurait fait une opération, probablement l'occlusion d'une fistulette qui s'était reproduite dans un point où la paroi vésico-vaginale était affaiblie.

Quand je l'ai revue, elle était telle que je l'avais laissée, avec une cavité vésicale terminée par un canal recourbé en avant, appliqué sur la face antérieure du pubis. Sur ce canal existe une petite fistulette que je n'ai pas pris la peine de fermer, parce que la pelote appuie sur ce point et en détermine l'occlusion.

Elle m'a suivi à Bicêtre, puis à l'hôpital Tenon, où j'ai voulu lui faire faire un appareil par l'intermédiaire du fournisseur de l'administration. Je n'ai pas pu y réussir; il y a deux mois, enfin, M. Collin lui a fait un appareil conforme au modèle dont je vous ai déjà parlé et qui doit être suffisant (je dis qui doit, parce que j'ignore s'il l'est). En effet, à peine l'avait-elle, que j'ai dû la renvoyer pour indiscipline.

Théoriquement, cet appareil doit bien fonctionner, et s'il ne

fonctionnait pas bien on pourrait, en le modifiant légèrement, lui faire remplir son rôle d'une manière convenable.

Si on n'arrivait pas à trouver cet appareil, on pourrait peut-être mettre à demeure une sonde en caoutchouc rouge qui irait ensuite dans un urinal.

Mais si, malgré tout, les appareils devenaient insuffisants, il vaudrait mieux ne rien faire du tout : En effet, que l'urine s'échappe par une large ouverture ou qu'elle s'échappe par un petit pertuis, le résultat est le même.

Je ne pouvais pas ici, comme dans le cas de M. Berger, espérer reconstituer même un semblant de sphincter vésical, l'urètre n'existant plus, il fallait refaire le réservoir vésical avec, à l'extrémité, un canal que l'on pût facilement fermer. Cette occlusion a été facilement obtenue au moyen d'un bandage en spica maintenant un tampon compresseur; un appareil peut aussi la déterminer.

Je n'insisterai pas sur le mode suivant lequel j'ai obtenu des surfaces cruentées : j'ai procédé par dédoublement, sauf pour les petites opérations complémentaires où j'ai dû procéder par simple grattage de l'épithélium cicatriciel : un avivement eut été trop profond, un dédoublement impossible.

L'urètre a été reconstitué par des lambeaux pris sur les deux branches de l'épine pubienne, puis sur le reste de la vulve.

Je n'ai pas fait de recherches bibliographiques sur ce point : je ne sais pas si on s'est préoccupé, dans des cas analogues, d'éviter le colpocleisis.

J'ai trouvé dans les *Annales des maladies des voies urinaires* (1895, p. 549) l'analyse d'un cas analogue publié par Ott dans le *Centralblat für Gynäk*, 1894, nº 40, où le chirurgien a pratiqué l'occlusion du vagin et fait avec les petites lèvres un canal qu'il a fermé au moyen d'une pelote. C'est en somme un colpocleisis avec un canal surajouté. J'ignore les suites de l'opération, mais il est à craindre qu'elles ne soient aussi mauvaises que dans les colpocleisis pour larges fistules vésico-vaginales.

Communication.

Observation d'urèthre périnéal supplémentaire chez l'homme,

Par M. MOTY, médecin principal de 2e classe.

Le nommé L..., soldat au 1er bataillon d'artillerie à pied, entre le 11 février 1895 à l'hôpital militaire de Lille pour fistule uréthro-périnéale congénitale. Il est robuste et bien constitué et l'examen présente

cette particularité remarquable qu'on n'aperçoit au premier abord rien d'anormal au périnée; cependant, sur l'affirmation réitérée du malade qu'il sent couler de l'urine derrière son scrotum à chaque miction, je le fais uriner à genoux sur son lit et je vois, en effet, du liquide sourdre goutte à goutte à trois centimètres en avant de l'anus, un peu à gauche du raphé périnéal.

Prenant alors un stylet de Mejean, je pénètre avec quelques difficultés à travers un pertuis très étroit et j'arrive dans un canal assez large, dans lequel l'extrémité du stylet se meut librement.

Le 2 mars, à 10 heures du matin, le malade désirant être délivré de son infirmité, je cocaïnise la peau du périnée au voisinage de la fistule, je fais à trois centimètres en avant de l'anus une incision courbe analogue à celle de Nélaton pour la taille prérectale, de manière à passer par l'orifice de la fistule en n'intéressant que la peau.

J'isole alors cet orifice dans lequel j'ai engagé un stylet de Méjean, je le saisis ensuite avec une pince en même temps que le stylet qui le traverse et, faisant écarter la peau par un aide, je dissèque l'urèthre anormal à petits coups de ciseaux; il n'y a pour ainsi dire aucune perte de sang et ce canal qui a tous les caractères d'un urèthre membraneux s'isole facilement des plans périnéaux qu'il traverse.

Il est à noter que le stylet de Méjean n'arrive pas au contact de la bougie Béniqué placée dans l'urèthre normal.

D'autre part, l'urèthre périnéal se développe d'autant plus en diamètre que l'on pénètre plus profondément.

Arrivé à trois centimètres je me décide à réséquer la partie isolée dans la crainte de blesser le bulbe ou les corps caverneux; je maintiens d'abord le moignon uréthral pour y placer un point de catgut bien serré, puis je l'abandonne et panse à plat sans réunir, en laissant cependant un tampon au sublimé dans la plaie pour éviter tout écoulement de sang.

Miction spontanée à 3 heures; il coule de l'urine par le périnée; ablation du tampon; pour tout pansement le malade place lui-même des tampons de sublimé au 1/1000e sur sa plaie et les renouvelle après chaque miction.

L'écoulement périnéal diminue peu à peu et le 20 mars la cicatrisation est terminée.

Le malade revient à l'hôpital le 30 mai pour névralgie vésicale; la cicatrice est très satisfaisante, la vessie et l'urèthre sont normaux, mais il offre un rétrécissement marqué du champ visuel (54° en dehors, 46° en dedans). Les bains, les douches et l'affirmation que sa vessie est saine font bientôt disparaître ses douleurs; il sort le 4 juillet par congé d'un mois au bout duquel il reprend son service.

Les observations analogues sont rares.

Depaul admet qu'il se fait un canal de dérivation quand il y a obstruction intra-utérine de l'urèthre normal.

Holmes a trouvé ainsi quatre ouvertures périnéales de l'urèthre

sur un fœtus qui n'a pas vécu ; Guyon et Cocteau ont rapporté des faits analogues.

Il existe d'autre part des cas de dilatation congénitale de l'urèthre (Jaccoud), et enfin l'urèthre antérieur seul peut être double (*English Societes des médecins de Vienne*, 9 novembre 1894), les régions bulbaire et membraneuse restant normales.

Notre cas ne se rapporte exactement à aucun de ces types; l'urèthre pénien du sujet est tout à fait normal, rien ne permet donc d'admettre qu'il ait été à aucune époque de son évolution le siège d'une obstruction ; d'autre part, l'urèthre antérieur est resté complètement étranger à l'anomalie et l'examen histologique de la pièce réséquée montre qu'il s'agit d'un urèthre constitué comme celui de la région membraneuse par des fibres musculaires lisses circulaires et longitudinales et un épithélium épais envoyant de nombreux prolongements glandulaires dans la tunique musculo-celluleuse.

Il s'agit donc probablement d'un urèthre né de la portion membraneuse de l'urèthre normal ou du col vésical.

Quant à la pathogénie de cette anomalie, je ne puis m'empêcher de la placer dans une manifestation évolutive de l'hystérie. On se rappelle que notre malade présente un rétrécissement très notable du champ visuel et que la cystalgie dont il s'est plaint après son opération a paru être de nature hystéro-traumatique. Ces raisons ne sont pas concluantes, mais la fréquence, je dirai même la constance, du rétrécissement du champ visuel chez les porteurs d'anomalies qu'aucune autre cause ne peut expliquer, me porte à exprimer l'opinion ci-dessus d'une manière précise, de manière à appeler l'attention des observateurs sur les cas du même genre.

Si le rétrécissement atteint ou dépasse la moitié du diamètre normal, il faut s'attendre à des phénomènes hystéro-traumatiques consécutifs et s'abstenir, autant que possible, du chloroforme, afin d'éviter les accidents récemment signalés par M. Reynier et que j'ai observés de mon côté.

Lecture.

M. Garnaut lit un mémoire intitulé : *Ablation de la membrane du tympan et des osselets de l'ouïe comme traitement des surdités dues à l'otite suppurée chronique et à l'otite sèche.*

Renvoyé à une commission (M. Broca, rapporteur).

Communication.

Technique opératoire pour l'amputation du rectum cancéreux.

Par M. QUÉNU.

Dans toute opération ayant pour but la cure radicale d'un cancer du rectum, le chirurgien doit s'efforcer de réaliser deux conditions essentielles: d'une part, se créer un accès facile auprès de la lésion afin de l'enlever tout entière et d'en dépasser les limites, d'autre part, garantir le plus possible de toute souillure la région qu'on opère ou qu'on vient d'opérer. Sans doute on pourrait appliquer ces deux principes à toute espèce d'intervention chirurgicale, leur énoncé risquerait d'être banal s'il ne s'agissait du rectum et si pour le rectum l'application n'était tant hérissée de difficultés.

Le cylindre rectal entouré d'une véritable ceinture osseuse n'était abordable que par un de ses bouts jusqu'au moment où, d'abord Kocher en supprimant le coccyx, puis Kraske, en ébréchant audacieusement le sacrum, vinrent nous montrer combien une opération préliminaire abattant la paroi postérieure du petit bassin permet de régler l'exérèse et d'en reculer les bornes, c'est en cela, à mon sens, que réside le principal mérite de Kraske, c'est ce principe de médecine opératoire qui constitue sa méthode et non le fait d'une restauration fonctionnelle plus ou moins applicable à un nombre restreint de cas.

Je n'ai pas à rappeler ici le nombre considérable de procédés issus de la méthode sacrée, je me borne à citer en regard une autre méthode née d'hier et dont j'ai été le parrain et qui consiste à combiner la voie abdominale, soit à la voie périnéale, soit à la voie sacrée. Le second principe ai-je dit, est dans les opérations sur le rectum cancéreux de se rapprocher autant que possible des conditions d'asepsie que nous exigeons dans les opérations ordinaires. A maintes reprises j'ai soutenu devant vous qu'au point de vue de la désinfection, le rectum cancéreux ne peut être mis sur le même plan qu'un rectum atteint d'hémorrhoïdes ou de prolapsus, voire même de rectite chronique. D'un côté, le contenu rectal acquiert en cas de cancer une virulence toute spéciale, d'autre part, le bourgeonnement du néoplasme, le sphacèle qui revêt l'ulcération, les anfractuosités du conduit rendent l'action d'un liquide désinfectant absolument illusoire ; la création d'un anus iliaque met à l'abri d'une débâcle après l'intervention, elle n'avance pas beaucoup les choses au point de vue de l'antisepsie pré-opératoire. Vous me permettrez de vous en donner une preuve convaincante.

J'avais à traiter, il y a quelques semaines, un malade dont le cancer situé dans l'ampoule n'offrait aucune odeur de gangrène, aucune fongosité ; l'ulcération était plate, non anfractueuse, facile

à laver. Je pratiquai un anus iliaque et aucune matière ne passa par le bout inférieur pendant les huit jours qui précédèrent l'opération radicale.

Chaque jour un abondant lavage au permanganate de potasse à 1/2000 était pratiqué par le bout inférieur de l'anus contre-nature, de manière à ce que le liquide ressortît par l'anus. Une demi-heure avant l'opération et contre mon gré, on injecta dans l'ampoule une solution à 1/1000. Au moment d'opérer j'évacuai ce liquide et fis ensemencer des tubes de gélatine et de gélose; les cultures poussèrent admirablement, fourmillant de bactérium coli, de streptocoques et de microbes de toute espèce.

Ces observations et celles qu'ont pu faire la plupart des chirurgiens conduisent à cette conclusion absolue qu'il ne faut à aucun prix au cours d'une extirpation rectale, ni fendre le rectum de parti pris, ni le trouer par inadvertance avec le doigt, ni placer un index dans l'anus pour la commodité de la dénudation.

C'est parce qu'ils sont pénétrés de cette vérité que les chirurgiens allemands ne manquent jamais d'entourer d'un lien de caoutchouc le segment d'intestin qu'ils enlèvent, c'est dans le même but que s'il s'agit, non d'une résection mais d'une amputation, j'ai recommandé de commencer l'opération par la fermeture de l'anus avec une soie faufilée autour de l'orifice et serrée en bourse après incision circulaire péri-anale. Je résume ces indications en disant qu'il faut enlever un rectum cancéreux comme on enlève un kyste à contenu septique.

Malheureusement, il arrive que, sans le vouloir, on pénètre assez facilement dans la cavité intestinale, et cela toujours dans le même temps, dans le temps de dénudation de la paroi antérieure.

Ici il est bon d'établir une distinction : certains sujets ont une ampoule peu développée, à parois épaisses, à contours bien nets et sensibles au doigt; chez d'autres, l'ampoule est vaste, à parois minces, à musculature atrophiée; or, la dénudation de la paroi antérieure, quand on aborde la lésion par la voie sacrée, porte toujours sur le segment compris entre le releveur et le cul-de-sac péritonéal; malgré toute la prudence désirable, on a, chez ces derniers sujets, de grandes chances de crever l'ampoule, et alors tout le bénéfice de l'asepsie est perdu et l'acte opératoire vicié. J'ai donc recherché s'il n'était pas possible d'éviter à coup sûr cet accident, et voici le plan opératoire que j'ai proposé dans la *Presse médicale* de 1895, c'est de commencer la libération du rectum, non plus par la face postérieure, mais par la face antérieure. Je conseillais pour cela de mettre un doigt revêtu de caoutchouc dans le rectum, ou de faire exécuter ce premier temps par un aide; l'un et l'autre de ces deux moyens ont leurs inconvénients, et je pense qu'il

y a mieux à faire. Après quelques études sur le cadavre, je me suis arrêté au procédé suivant que j'ai eu, du reste, l'occasion d'exécuter avec succès sur le vivant.

Le malade étant dans la position de la taille périnéale, un coussin modérément élevé sous le sacrum, tracer une incision longitudinale et médiane partant d'un point situé en avant de l'anus, puis contourner l'orifice de chaque côté et rejoindre la commissure postérieure en prolongeant l'incision un peu au delà du coccyx; je suppose, bien entendu, qu'il s'agit d'une amputation du rectum. La peau perianale ayant été légèrement disséquée, faufiler une soie autour de l'anus et fermer solidement l'orifice. Les deux chefs du fil sont conservés et serviront de moyens de traction plus tard.

Le sphincter ayant été superficiellement disséqué à sa commissure antérieure et séparé à fond sur les côtés du tissu cellulo-graisseux de la fosse ischiorectale, mettre à découvert les fibres musculaires des releveurs de l'anus, sur les côtés d'abord, puis plus en avant, de manière à faire une *véritable dissection des bords antérieurs des releveurs*. Si on tire un peu sur le fil qui ferme l'anus de façon à porter celui-ci en arrière, on sent facilement le relief du bord antérieur du releveur, bord dont il ne faut pas oublier la direction antéro-postérieure. Ceci fait, il est facile de passer le pouce et l'index de la main gauche au-dessus du raphé ano-bulbaire et de couper sans crainte ce raphé, sans risquer d'entamer le rectum. Ensuite on achève la libération des releveurs en passant le doigt entre les faces latérales de la prostate et le muscle.

On sectionne alors ces releveurs sur l'index avec la plus grande aisance; la dénudation sur les côtés et en arrière ayant été poussée assez loin, on peut déjà descendre un segment respectable de rectum, tandis qu'on décolle la face postérieure de la prostate jusqu'au cul-de-sac péritonéal qu'on a devant soi étalé sur la face antérieure du rectum, rabattu en arrière.

De chaque côté on sent les brides qui retiennent encore l'intestin, ce sont les aponévroses sacro-rectales qu'on incise et le pédicule hémorrhoïdal moyen qu'on coupe entre deux pinces. On amène ainsi facilement de 8 à 10 et 12 centimètres de rectum en dehors du plan anal sans avoir ouvert le cul-de-sac péritonéal. Son ouverture et l'incision des attaches latérales de la séreuse sur l'intestin fournissent encore quelques centimètres. Je fais remarquer que tout ce résultat est obtenu sans avoir touché au squelette. Je n'en conclus pas qu'il faille renoncer aux sacrifices osseux; je pense seulement que cette manière réglée de détacher le rectum par sa face antérieure permet de limiter et de réduire les délabrements sacrés; l'excision du coccyx et du sommet du sacrum aura évidemment toujours cet avantage de nous mettre

à même de mieux explorer la face postérieure où sont les ganglions lymphatiques.

En tous cas, une fois les premiers temps précédents accomplis, ce qui reste à faire n'est plus qu'un jeu. Les connexions du rectum avec des organes importants, tels que la prostate, la vessie, l'urèthre intéressent la face antérieure de l'intestin, il me paraît rationnel d'aborder la dissection de cette face directement et non d'arrière en avant en contournant l'ampoule.

Cette technique n'a besoin que d'être très peu modifiée pour servir aux cas où le rectum a contracté des adhérences avec la prostate.

Il y a peu de temps, j'écrivais que la tumeur opérable est celle qui reste confinée aux parois du rectum en ne modifiant rien de sa connexion et de sa mobilité. En présence des résultats obtenus par Czerny et par d'autres, je suis tenté d'être moins absolu, d'autant que, dans certains cas, nous ne pouvons présumer de l'envahissement de la prostate que par le défaut de glissement de l'intestin sur la glande; or des adhérences, même néoplasiques, peuvent solidariser le rectum et l'aponévrose prostato-périnéale sans avoir franchi et dépassé cette aponévrose; bien plus, ces adhérences peuvent n'être que le résultat d'une périrectite non cancéreuse; par conséquent, le défaut de mobilité du rectum sur la prostate peut signifier :

1° Un envahissement de l'aponévrose prostato-péritonéale par le tissu épithélial sans extension au tissu glandulaire;

2° Une adhérence purement inflammatoire du rectum cancéreux à l'aponévrose prostatique saine;

3° Un envahissement de la prostate elle-même par le cancer.

Dans les deux premiers cas, la cure radicale est possible et l'opération est justifiée. Mais, dans la première hypothèse, l'excision doit porter sur le parenchyme prostatique et l'aponévrose prostato-péritonéale doit être nécessairement extirpée.

La dénudation de la face antérieure du rectum est rendue difficile par ce fait que le plan de section devra passer, non plus par l'espace celluleux intermédiaire au rectum et à l'aponévrose prostato-péritonéale, mais à travers le tissu prostatique, dont une tranche suivra le segment rectal amputé, tout en respectant l'urèthre.

Ménager l'urèthre, telle est la grosse difficulté. On peut néanmoins y arriver sans trop de peine, en prenant les petites précautions que je vais indiquer.

Je suppose, comme dans l'opération précédente, que le bulbe a été relevé et écarté en avant, que le raphé bulbo-sphinctérien a été sectionné et que la mise à nu des bords antérieurs des releveurs de l'anus nous a conduits jusque sur la face inférieure de la

prostate ; l'urèthre membraneux a été mis à découvert sans danger aucun, et on le voit saillir au fond de la plaie, rempli et distendu par un cathéter. Le pouce et l'index, saisissant la prostate latéralement, sentent le cathéter à travers l'épaisseur du tissu prostatique et repèrent ainsi la direction de l'urèthre, le bistouri étant placé à plat, parallèle au plan de l'urèthre membraneux, abrase une branche du prostate, en laissant encore entre lui et l'urèthre une mince couche de tissu glandulaire.

Le reste de l'opération ressemble alors à celle que j'ai décrite plus haut.

J'ai répété ce procédé opératoire sur le cadavre et je l'ai appliqué sur le vivant chez un malade dont voici en quelques mots l'observation.

R..., 56 ans, m'est adressé par le Dr Moses, en décembre 1896, pour un carcinome rectal. Les symptômes du début remontent à deux ans, ils ont consisté en une légère douleur pendant la défécation, puis les gardes-robes sont devenues un peu difficiles, elles n'ont été sanguinolentes que depuis un an.

Actuellement le malade va très difficilement à la selle, les matières expulsées sont peu abondantes, souvent en boules dures recouvertes de glaires et de sang. Entre les selles, expulsion d'un liquide peu odorant, tachant fortement la chemise.

Les douleurs existent aussi pendant la marche, elles apparaissent même la nuit et sont causes d'insomnie.

L'appétit est bon, les fonctions digestives normales, l'aspect général satisfaisant.

Nous ne notons, comme troubles de la fonction urinaire, qu'un certain retard dans la miction : le malade pousse parfois pendant dix minutes avant qu'ait lieu l'écoulement d'urine.

L'exploration rectale nous décèle, à 3 centimètres environ de l'orifice anal, sur la paroi antérieure du rectum, une surface ulcérée assez large, dont la limite supérieure est atteinte par le doigt. La paroi antérieure du rectum ainsi envahie n'est pas mobilisable sur le prostate, elle lui adhère fortement.

Le *12 janvier* nous pratiquons un anus iliaque. Dès l'ouverture de l'anus iliaque, c'est-à-dire le 14, nous commençons les lavages du rectum avec une solution de permanganate de potasse à 1 p. 2000.

Opération le 19 janvier. Après introduction d'une sonde métallique dans l'urèthre, le malade étant dans la position de la taille, incision médiane commençant à 6 ou 7 centimètres en avant de l'anus, le contournant et se terminant à 5 ou 6 centimètres en arrière.

Dissection de l'anus et fermeture en bourse à l'aide d'un fil de soie. Mise à nu des bords antérieurs, des relévcurs de l'anus et section de ces muscles sur les côtés du rectum et en arrière, résection du coccyx.

Section dans la prostate suivant un plan parallèle au plan de l'urèthre membraneux. Décollement du rectum et abaissement. Le rectum étant

suffisamment descendu, on le fixe à la partie postérieure de la plaie périnéale. En ce point, le plan rasant la peau se trouve à deux bons travers de doigts de la limite supérieure du néoplasme, la peau est suturée en avant du rectum par deux points, puis on applique une ligature élastique et on résèque au-dessous (une deuxième ligature élastique ayant, bien entendu, été jetée sur le bout qu'on résèque).

Il nous reste à nous occuper du nouvel anus qui sera un anus coccygien. Au lieu d'en suturer les bords à la peau, nous introduisons dans sa cavité un tube en aluminium muni d'une gorge et sur elle nous lions le bout d'intestin qui déborde légèrement du futur emplacement de l'anus.

La plaie périnéale (en somme petite) est bourrée avec de la gaze stérilisée; contre elle et en dehors d'elle, pansement iodoformé. Le tube métallique traverse le bandage en T et un peu de gaze iodoformée, extérieure au pansement, est destinée à recevoir ce qui s'en écoulera. Aussitôt après le pansement et avant le réveil complet, injection de 500 grammes de sérum.

Le soir, 400 grammes ; aucun phénomène de schock, du reste.

Le *20 janvier*, pouls à 100 ; T. 37°2 ; urines, 500 grammes. Le pansement est imbibé d'un liquide sero-sanguinolent. Le pansement extérieur à la plaie est seul renouvelé.

21 janvier. — L'état général continue à être excellent ; pouls à 88° ; T. 36°,7 : urines 750 grammes claires. La miction est spontanée.

22 janvier. — Pouls à 84 ; T. 36°,9 le matin ; 37°,3 le soir. Pansement : on retire la gaze de la plaie périnéale scellée par l'anus iliaque, le tube métallique continue à fournir un suintement noirâtre et septique (ensemencement).

23 janvier (5e jour). — Une petite infection de la plaie, sur une étendue grande comme une pièce de 0 fr. 50 c., s'est faite contre le bout rectal : là il existe une petite plaque verdâtre, le reste de la plaie est rose. La cavité prérectale est d'ailleurs considérablement réduite. Garde-robe par l'anus iliaque.

24 janvier. — La canule est complètement détachée ; on la remplace par un drain. Pouls à 70 ; T. à 36°,8 ; urine 1200 grammes. Le drain rectal est supprimé le 8e jour.

Le *30 janvier*, nous régularisons le bout anal et fixons de chaque côté la muqueuse à la peau par deux points de suture. Le malade se lève dès le 10 février.

A la fin du mois de février il ne persiste qu'une petite plaie de la grandeur d'une pièce d'un franc. Nous pourrons bientôt procéder à la fermeture de l'anus iliaque.

Il est clair qu'une fois la section à travers le tissu prostatique effectuée, il devient facile d'enlever la plus grande partie de la glande et des vesicules séminales, en sculptant pour ainsi dire l'urèthre prostatique sur le cathéter. Peut-être arriverait-on par cette voie à enlever toute la prostate avec le segment correspondant de la vessie, la réparation se faisant par l'abouchement de

l'urèthre membraneux à la plaie vésicale; la chose est parfaitement possible, sur le cadavre sans blessure des uretères, je l'ai vérifié maintes et maintes fois.

Lorsque le bout du rectum malade a été amené largement au delà du plan anal, avec ou sans résection sacro-coccygienne, une ligature est appliquée loin du mal, une autre au-dessous de la première; de la gaze iodoformée entoure et protège le petit segment intermédiaire aux deux ligatures, et une section rapide permet d'emporter le bout à amputer.

Reste la confection d'un anus.

La première condition pour n'avoir point de déboires, c'est que l'anus soit suturé sans aucune fraction au point où on a décidé de le fixer. Cet anus pourra être, ou à sa place, ou coccygien, ou sacré, ce dernier est le plus mauvais de tous.

Quelles sont les précautions à prendre en vue d'empêcher la souillure des surfaces cruentées pré et post-rectales par l'écoulement du bout rectal. Je soutiens d'abord que cet écoulement existe, malgré l'anus contre nature préalable, malgré l'oblitération du bout inférieur de l'anus iliaque par de la gaze. On peut introduire dans le bout rectal un gros drain entouré de gaze iodoformée et s'efforcer, par une surveillance minutieuse des premiers jours, d'éloigner tout contact entre ce liquide et la plaie.

On pourrait songer à laisser une ligature sur l'orifice, c'est ce que j'ai fait avec succès dans un cas, mais j'ai renoncé à ce moyen qui peut être dangereux.

On pourrait encore imaginer le procédé suivant : ligaturer le bout rectal non suturé à la peau sur un tube afin de conduire loin de la plaie les sécrétions rectales; j'ai utilisé ce petit moyen l'an dernier, sans savoir qu'il a été érigé en système par un chirurgien de Liverpool, le Dr Paul (*Brit.*, july, 1892), il y a plus de quatre ans; je m'en suis servi tout dernièrement chez le malade dont j'ai réséqué une tranche de prostate; ma plaie est restée absolument aseptique pendant les quatre premiers jours et le tube n'a cessé de donner issue à quelques gouttes de liquide brunâtre, mais le cinquième jour, le fil qui liait le bout du rectum s'est infecté et j'ai vu l'infection gagner lentement, par taches successives, ma surface cruentée, mais à cette date ses propriétés absorbantes sont réduites et la réaction générale a été nulle.

Il ne faut donc pas demander à ce procédé plus qu'il ne peut donner, à savoir une sécurité de trois à quatre jours, mais cette préservation des premiers jours est le fait capital dans les opérations de cancer rectal. Le Dr Paul a eu recours à son tube dans trois opérations de Kraske et il a maintenu ses surfaces indemnes

pendant les quatre premiers jours, malgré qu'il n'eût pas fait do colostomie préliminaire.

L'emploi du tube de Paul n'est donc pas complètement à dédaigner ; il serait indiqué dans les cas où l'hypersécrétion habituelle diarrhéique du gros intestin ferait craindre un écoulement rectal post-opératoire.

Il va sans dire que l'usage du tube oblige, après sa chute, à parfaire l'anus en fixant latéralement la muqueuse à la peau par quelques points de suture.

En résumé, l'amputation du rectum peut être pratiquée avec l'asepsie la plus parfaite et avec des sacrifices restreints du côté du squelette, si l'on veut bien procéder méthodiquement dans la dissection de sa face antérieure.

La technique que je préconise a pour principe essentiel la recherche méthodique du bord antérieur des releveurs de l'anus, la section réglée de ces muscles ainsi que celle des autres attaches rectales, aponécrose, vaisseaux hémorrhoïdaux moyens, etc.

L'excision de 11 ou 12 centimètres de rectum ne nécessite aucune résection osseuse. La résection coccygienne et celle du sommet du sacrum seront de mise pour les amputations plus élevées ou pour les résections sus-sphinctériennes ; elles peuvent trouver leur indication dans les cancers peu élevés, en cas d'adhérences postérieures.

Telles sont les conclusions auxquelles m'ont amené mes recherches cadavériques et mes dernières opérations sur le vivant.

Je n'ai envisagé, je le répète, que les cas d'amputation du rectum, ceux dans lesquels on ne pourrait songer à ménager le segment anse-sphinctérien du rectum. Je suppose à présent que l'intégrité de ce dernier segment encourage à tenter la restauration parfaite, c'est-à-dire le kraske pur.

Je conseillerais encore de commencer par l'incision prérectale en la limitant toutefois à la demi-circonférence, de manière à pouvoir, avec l'index, décoller la face postérieure de la prostate et avancer la dénudation de la face antérieure du rectum. Cela fait, procéder à l'incision postérieure, le malade étant dans le décubitus latéral.

Je préconise l'incision de la peau en U comme se prêtant mieux à la réparation et restant moins fissuraire que l'incision médiane des téguments.

La résection osseuse accomplie, la portion d'intestin malade extirpée entre deux ligatures, il s'agit de rapprocher les bouts pour les suturer, si on fait un kraske primitif, ou d'invaginer le bout supérieur dans le conduit anal dépouillé préalablement de sa mu-

queuse, si on se rallie, et je suis de ceux-là, au procédé de Hochenegg.

Lorsque le bout d'intestin extirpé est considérable, il peut se faire que l'affrontement sans traction, et à plus forte raison l'invagination à travers l'anus, soient extrêmement difficiles et obligent à courir les risques d'un autre genre : pour faire descendre le bout supérieur on a taillé dans le mésentère et on s'aperçoit que son cylindre rectal est bien dénudé et exposé à la gangrène. Faire un anus sacré, malgré ce qu'on peut espérer d'un prolapsus secondaire, m'a toujours paru une ressource médiocre, d'autant que la confection de cet anus n'est pas toujours facile et que la protection de la vaste cavité créée par tous ces délabrements, n'est pas non plus bien efficace.

Le malade affaibli et par son cancer, et par l'opération, n'a guère de chances de résister à la moindre infection ; dans ces circonstances, celle-ci se traduit par la petitesse du pouls, l'hypothermie, l'anurie, tous phénomènes qu'on a décorés du nom de schocks. Je me suis trouvé en face de ces difficultés dans une opération que j'exécutai, le 14 novembre dernier, assisté par mon ami, M. Hartmann, en présence d'une excavation sacrée décollée et mise à nu avec un battant de cloche comme bout supérieur ; il me fut impossible d'amener celui-ci au contact du bout anal. Mon malade était très affaibli et n'aurait pu supporter une suppression de ce bout rectal par une laparotomie. J'imaginai alors de me débarrasser de ce bout supérieur gênant en le retournant comme un doigt de gant de bas en haut vers l'orifice inférieur de l'anus iliaque.

Pour cela, une longue pince fut introduite par mon aide, M. Robineau, par l'orifice inférieur de l'anus iliaque de haut en bas jusqu'à l'extrémité inférieure du segment rectal, toujours fermé par sa ligature élastique ; les mors de la pince, étant écartés, saisirent cette ligature à travers l'épaisseur des parois, la pince fermée fut retirée doucement par mon aide, pendant que mon doigt facilitait par l'excavation l'invagination intestinale ; bientôt la surface muqueuse se présenta à la bouche iliaque, et le retournement fut obtenu en somme sans aucune peine. Une pince à mésentère fut appliquée sur le bout invaginé, à quelque distance de la paroi abdominale ; la large brèche faite au péritoine fut suturée au fond de l'excoriation sacrée, et celle-ci bourrée avec de la gaze stérilisée simple.

La muqueuse anale du bout sphinctérien avait été rapidement excisée.

Injection de 500 grammes de sérum. La journée du lendemain, 15 novembre, fut assez bonne, il y eut 450 grammes d'urine en vingt-quatre heures.

La journée du 16 fut médiocre, le taux de l'urine s'abaissa à

150 grammes pour les vingt-quatre heures; à 50 grammes pour les douze premières heures du 17, malgré les injections abondantes de sérum, mais la température se maintenait à 37 ou 37°,2 et le pouls à 115 ou 120 au maximum; la poitrine est encombrée de râles, l'expectoration difficile.

Après cette alerte, les injections de sérum étant continuées à la dose de 1,500 grammes en vingt-quatre heures, l'état s'améliore, l'alimentation devient possible et, le 18, nous obtenons 2 litres d'urine en vingt-quatre heures. A partir de cette date, le pansement est fait deux fois par jour en raison de l'exsudation abondante de sérosité qui s'exhale de la plaie.

Le 4 janvier, j'excisai tout le bout invaginé qui, depuis trois ou quatre jours seulement, s'était engorgé et déterminait des douleurs abdominales, après l'avoir étreint à son insertion avec un lien élastique. Ce lien ne tomba spontanément que le 22 janvier.

La cicatrisation complète de la plaie fut obtenue le 15 février et le malade n'attend plus pour quitter l'hôpital et reprendre son travail que l'appareil qui doit s'appliquer contre son anus iliaque définitif. Le bout inférieur est réduit à un petit cul-de-sac de 3 centimètres de long.

Ce malade, âgé de 58 ans, était maigre, cachectique, le facies d'un jaune terreux, quand il entra dans notre service; il était sans force, sans appétit, ne pouvant faire quelque trajet sans être pris d'essoufflement, son cancer commençait à 3 centimètres de l'anus et s'étendait dans l'ampoule à l'extrême limite du doigt; la tumeur était ulcérée, sphacelée et répandait une odeur infecte autour du lit du malade, tous les ganglions sacrés étaient pris jusqu'au promontoire.

Actuellement, cet homme ne souffle plus, n'éprouve aucune souffrance, ses fonctions intestinales sont régulières, il est à même de reprendre son travail. J'ose dire qu'il a grandement bénéficié de son opération, même au prix d'un anus iliaque définitif. J'ai la conviction, partagée par mes assistants, que le moindre degré de septicité, ajouté aux troubles postopératoires observés, eût supprimé toutes nos chances de guérison.

Nous présentons cette conduite opératoire comme un procédé applicable à un certain nombre de cas, à tous ceux où il paraît impossible, au cours d'un kraske, d'affronter sans traction les deux bouts du gros intestin, de préférence à l'anus sacré.

Comme conclusion générale de ce court travail, nous dirons que si deux principes essentiels doivent présider à l'extirpation du cancer rectal, à savoir l'abord facile, large et réglé de la lésion, d'une part, et, d'autre part, l'application possible d'une rigoureuse asepsie, ce qui constitue une méthode, il est permis de prétendre

que la diversité des lésions cancéreuses, suivant la hauteur, l'étendue et les propagations, la variabilité dans la mobilité intestinale et l'évaluation du taux de résistance du sujet créent des indications spéciales auxquelles doivent répondre des procédés spéciaux d'exérèse; c'est à ce titre que je vous ai soumis, d'une part, une technique pour aborder facilement le rectum par sa face antérieure, d'autre part, un procédé pour éviter la contamination post-opératoire d'une large surface d'exérèse.

Présentations de malades.

1° *Bec-de-lièvre double et compliqué de la lèvre supérieure, réfection de l'orifice de la narine droite au moyen du lobule médian.*

M. Kirmisson. — Lorsque M. Berger nous a exposé son procédé d'opération du bec-de-lièvre, dans lequel il se propose de remédier à l'étalement de la narine, j'ai, comme tous mes collègues, admiré le résultat qui lui avait été fourni par ce procédé. Je me suis permis toutefois de lui faire une objection relative aux deux incisions transversales qu'il pratique sur les joues pour isoler l'aile du nez de la lèvre elle-même. Dans une opération comme celle du bec-de-lièvre, où le résultat orthomorphique est la première des préoccupations, l'existence de ces deux cicatrices est, en effet, une objection qui deviendrait plus grave encore si ces cicatrices venaient à prendre le caractère chéloïdique. Aussi, après avoir eu, de mon côté, la même idée que M. Berger, ai-je préféré y renoncer pour avoir recours à un procédé que je vous ai exposé et que j'ai figuré dans nos *Bulletins*[1]. Il consiste à refaire l'orifice de la narine au moyen d'une des lèvres même de la fente labiale qui, de verticale, devient horizontale; puis à réparer le bord libre de la lèvre au moyen d'un lambeau taillé à la façon de Mirault (d'Angers) sur l'autre bord de la solution de continuité.

Dans un cas de bec-de-lièvre double et compliqué de la lèvre supérieure, j'ai opéré d'après le même principe, en me servant du lobule médian pour reconstituer l'orifice d'une des narines.

Il s'agit d'un petit garçon, L... Marcel, qui me fut présenté trois jours après sa naissance, le 31 août 1893. Il était atteint d'un bec-de-lièvre double de la lèvre supérieure, avec division complète de la voûte et du

[1] Voy. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*

voile du palais. (Il est intéressant de noter qu'une sœur aînée de cet enfant a été soignée par nous pour une double luxation congénitale de la hanche ; un oncle paternel a été lui-même atteint de bec-de-lièvre.) Ce qu'on note de particulier chez cet enfant, c'est que, si chez lui le bec de lièvre est double, les lésions sont loin d'être symétriques ; à droite, en effet, il existe une large fente faisant communiquer la lèvre avec la narine ; le lobule médian est déjeté à gauche ; il est séparé, du reste, de la lèvre supérieure par une encoche profonde, d'un centimètre de hauteur environ, mais qui ne s'étend pas jusque dans la narine correspondante, elle en reste éloignée par un pont cutané de 4 à 5 millimètres de hauteur.

L'année suivante, le 7 mars 1894, l'enfant ayant, par conséquent, six mois, je l'opérai pour la première fois. Je commençai par disséquer au bistouri la face profonde de la lèvre, de manière à la libérer de ses attaches à la face antérieure des maxillaires. Les bords du tubercule médian furent avivés aussi superficiellement que possible ; après quoi, le tubercule médian, lui-même, subit un mouvement de torsion qui, de vertical, le rendit horizontal, il fut suturé à la lèvre droite de la fente et vint reconstituer l'orifice de la narine droite. Le bord libre de la lèvre fut réparé à l'aide d'un lambeau taillé à la façon de Mirault d'Angers sur le bord droit de la fente labiale. Les jours suivants, l'enfant se montra fort difficile, criant nuit et jour, aussi la partie de la suture maintenant en place le lobule médian lâcha-t-elle ; la réunion persista seulement au niveau du bord libre. L'enfant nous quitta dans cet état le 21 mars. Dans la suite, il fut fort souffrant, il eut successivement une pneumonie et un volumineux abcès ganglionnaire à la région cervicale gauche.

Ce fut seulement à l'âge de 2 ans, le 22 août 1895, que nous pûmes faire une seconde opération pour compléter la cure du bec-de-lièvre. L'enfant étant endormi, je commençai par arracher une dent horizontalement implantée dans le tubercule médian et faisant saillie dans la fosse nasale droite. J'avivai ensuite le tubercule médian sur ses bords et le disséquai à sa face profonde, puis, comme dans la première opération, je lui imprimai une direction horizontale, de manière à fermer la narine droite. Le tubercule médian fut maintenu en place par quatre points de suture, dont un au fil d'argent, les trois autres à la soie phéniquée. Cette fois, la réunion complète fut obtenue.

Tout dernièrement cet enfant s'est représenté à notre examen, il est actuellement âgé de 3 ans et demi ; le résultat, comme vous pouvez en juger, est excellent, particulièrement en ce qui concerne la réfection de la narine droite. Il est facile de s'assurer que le tubercule médian qui n'était séparé du maxillaire supérieur que du côté droit, est beaucoup moins saillant qu'avant l'opération, à tel point que le bord alvéolaire a presque repris sa configuration normale.

Il reste seulement du côté droit une toute petite interruption du bord alvéolaire.

En somme, il s'agissait ici d'un bec-de-lièvre qui, double du

côté des parties molles, était simple au niveau des os. Je viens d'examiner un cas absolument identique sur un petit enfant né il y a quinze jours à la clinique du professeur Pinard.

Discussion.

M. Berger. — Je ne fais l'incision transversale de la joue que lorsque les parties molles des lèvres sont très atrophiées. Cette incision transversale me sert alors à amener les parties molles de la joue vers la ligne médiane et à donner de la hauteur à la lèvre que je refais.

Mais le principe de l'opération que j'ai préconisée est de libérer la narine de façon à la ramener de dehors en dedans et à ne pas la laisser aplatie contre la joue. *L'incision qui circonscrit la narine et la ramène vers la ligne médiane* est la chose importante dans le procédé que j'ai décrit.

M. Felizet. — J'ai employé le procédé de M. Berger et je trouve que l'incision transversale fournit beaucoup d'étoffe et permet de donner à la lèvre la hauteur qui lui est nécessaire ; elle est excellente.

2° *Gastro-entérostomie opérée par le procédé de M. Souligoux.*

M. Schwartz. — J'ai l'honneur de présenter à la Société une malade opérée de gastro-entérostomie par le procédé de Souligoux, il y a de cela dix-huit jours.

Cette malade, âgée de 54 ans, dont la mère et le père sont morts de carcinome, l'un du sein, l'autre du talon, m'a été adressée pour une grosse tumeur épigastrique avec ganglions susclaviculaires. Depuis le mois de décembre elle vomit continuellement, et a, à certains instants, des crises très aiguës ; elle a eu de l'hématémèse plusieurs fois. Elle a énormément maigri.

Quoique les vomissements aient cessé depuis deux jours, nous portons le diagnostic de rétrécissement épithélial du pylore avec envahissement de la paroi antérieure de l'estomac ; un peu d'ascite et des noyaux dans le grand épiploon. La malade pèse 57 kilogrammes.

L'opération de la gastroentérostomie est pratiquée le 6 février.

M. le Dr Souligoux veut bien m'assister.

Incision le long du bord externe du droit antérieur à gauche. L'estomac est revenu sur lui-même ; remonté, il présente un œdème considérable de sa paroi, tel qu'il est impossible de l'introduire entre les mors de la pince, on est obligé de presser la paroi pour l'amincir et alors seulement le pincement est possible. On saisit l'anse d'intestin grêle la plus voisine et qui paraît appartenir au jéjunum, on l'écrase,

on suture intestin et estomac par les bords inférieurs des surfaces écrasées, après cela, cautérisation des deux surfaces à la potasse caustique, jusqu'à ce que les parois soient amincies et comme flottantes et brunâtres.

Sutures périphériques à la soie à points coupés.

Suture de la paroi abdominale à deux étages. Durée totale de l'opération qui a été rendue pénible par l'extension de l'estomac, sa rigidité et par conséquent la difficulté de l'attirer au dehors : quarante minutes.

La malade n'a eu aucune réaction, aucun choc. Dès le troisième jour, on lui donna du lait, des œufs, puis les jours suivants on l'alimenta plus énergiquement, depuis, elle a augmenté de 1 kilogramme et pourrait, dit-elle, manger à chaque instant, tellement son appétit est accentué.

Elle va quitter le service demain, soit dix-neuf jours après l'opération.

Discussion.

M. Routier. — M. Souligoux a été moins heureux dans mon service, où il a appliqué son procédé récemment.

A vrai dire, le cas était déplorable ; il s'agissait d'un homme arrivé à un état de cachexie complète.

Nous découvrîmes un cancer s'étendant sur toute la face antérieure de l'estomac et englobant l'épiploon. L'estomac était distendu au maximum et rempli de liquide. M. Souligoux fit l'entéro-anastomose par son procédé ; le malade succomba au bout de trente-six heures. Il succomba aux progrès de sa cachexie, mais à l'autopsie nous constatâmes que les fils qui établissaient l'anastomose avaient pénétré dans la cavité stomacale et du liquide suintait le long de leurs trajets. Si le malade avait survécu, il serait mort quelques jours plus tard de péritonite.

Large éventration. Cure radicale. Guérison.

M. Pozzi. — J'ai présenté une malade, opérée par Gillette, d'un kyste de l'ovaire et qui eut, ultérieurement, une éventration qu'opéra une première fois M. Péan. La malade ne fut pas guérie et présentait de temps en temps des accidents d'obstruction qui devinrent un jour aigus et nécessitèrent son transport à Saint-Louis, où elle fut opérée, dans le service de M. Richelot, par M. Finet, interne du service. La malade guérit, mais elle continua à souffrir ; l'éventration existait toujours.

Quand je la vis, elle présentait une énorme éventration que représente le moule que j'ai fait faire. Il était impossible d'obtenir

une réduction complète de l'intestin ; la moitié du contenu paraissait fixée par des adhérences. Je fis alors l'opération suivante : j'ouvris largement le sac en pratiquant une résection étendue de la peau ; je me trouvai en présence d'un sac cloisonné avec l'épiploon et des anses intestinales adhérentes. Je dus disséquer l'intestin durant une demi-heure, je réséquai l'épiploon et, sauf deux éraillures que je fis sur la paroi intestinale, je n'eus pas d'incident opératoire. Tout le contenu herniaire était rentré dans l'abdomen. Restait à fermer la paroi, je décollai le péritoine tout autour du très large anneau restant et je le fermai. Restait le point le plus difficile : la reconstitution de la paroi. Les bords de l'anneau étaient trop éloignés pour songer à les rapprocher l'un de l'autre et à me conduire suivant mon habitude dans toutes les laparotomies, c'est-à-dire à ouvrir la gaine des droits, à suturer l'aponévrose profonde d'un côté à celle de l'autre, le muscle droit au gauche et l'aponévrose superficielle d'un côté à l'aponévrose superficielle de l'autre.

Je fis alors, sur le côté *externe* de la gaine des droits, une incision libératrice qui m'a permis d'obtenir une sorte de glissement de dehors en dedans des muscles qui vinrent obturer l'orifice herniaire.

C'est à ce large débridement latéral que je dois d'avoir pu obtenir l'obturation de l'orifice herniaire.

La guérison survint, malgré la complication d'une petite fistule stercorale qui s'obtura, d'ailleurs, spontanément.

J'ai dû pratiquer une seconde intervention deux ans après la première pour la compléter. La malade sort en ce moment de l'hôpital ; elle va bien, mais par précaution et pour éviter toute récidive, je lui fais porter une bonne ceinture, car la région de la ligne blanche reste très saillante.

Discussion.

M. Quénu. — Le procédé employé par M. Pozzi est excellent et j'estime que, dans ces cas de grandes éventrations, il faut toujours ouvrir la gaine des muscles droits.

Il y a un an, j'ai présenté à la Société de chirurgie un travail ayant trait à la cure des éventrations et dans lequel je préconise cette ouverture de la gaine des muscles droits.

En agissant ainsi, on suture d'abord la lèvre interne de la gaine des droits, puis les muscles eux-mêmes, puis la lèvre externe et on a une triple rangée de sutures solides.

J'ai opéré ainsi, il y a dix-huit mois, une femme ayant une énorme éventration, et la cicatrice s'est maintenue fermée jusqu'à ce jour.

M. Gérard-Marchant. — J'ai opéré de la façon que M. Quénu nous a fait connaître, il y a un an, trois malades. L'une d'elle avait une éventration s'étendant de l'appendice xyphoïde au pubis. Toutes les trois ont parfaitement guéri.

M. Championnière. — Le procédé qui consiste à ouvrir la gaine des muscles droits n'est pas nouveau. Il y a beau temps que je l'ai préconisé. D'ailleurs, il est impossible, dans la cure d'une éventration d'une certaine étendue, de ne pas faire cette ouverture de la gaine des droits.

Cependant, lors même que vous avez fait cette ouverture de la gaine des droits et suturé les aponévroses, la récidive se fait, si vous avez affaire à des femmes grasses, car leurs parois s'infiltrent de graisse, il n'y a plus de plan fibreux résistant et la hernie se reproduit.

M. Quénu. — Il y a une grande différence entre la pratique qu'indique M. Championnière, c'est-à-dire la simple omphalectomie qui entraîne l'abrasion de la partie interne de la gaine des droits et la pratique réglée que j'ai indiquée.

M. Pozzi. — Comme M. Championnière, depuis dix ans, j'ai toujours pratiqué l'ouverture de la gaine des muscles droits. Mais j'ai ici fait quelque chose de plus, j'ai ouvert la gaine des droits à sa partie externe, j'ai rabattu cette gaine de dehors en dedans, et l'ai suturée sur la ligne médiane, puis j'ai fait glisser les muscles et les ai suturés donnant ainsi une véritable résistance à cette partie de l'abdomen.

4° Décubitus aigu, eschare sacrée, suite d'hystérectomie vaginale pour pyosalpinx.

M. Routier. — Je viens d'observer un fait qui confirme absolument, ce me semble, la théorie des troubles trophiques pour expliquer la formation de ces eschares aiguës qu'on voit survenir au deuxième et troisième jour après l'hystérectomie vaginale, comme l'ont signalé Beaudron dans sa thèse et Legueu au congrès de Bordeaux.

J'ajoute qu'il n'est pas besoin, pour voir survenir ces eschares, d'avoir eu affaire à des opérations longues, ou à des opérées débilitées, comme semblent le dire ces auteurs.

Mme C..., âgée de 23 ans, n'a pas d'autre tare que celle d'être très nerveuse, le 26 janvier 1897, je lui ai pratiqué l'hystérectomie vaginale pour deux pyosalpinx : les annexes gauches formaient notamment un

gros paquet purulent dont je n'ai eu que des lambeaux tout s'est passé très vite.

Dès le lendemain elle se plaignait de son sacrum, on n'y prit garde, mais dans la soirée, par conséquent trente heures après l'opération, la surveillante constata l'existence d'une eschare sur le sommet de la fesse gauche, qu'elle me montra le lendemain.

La malade est aujourd'hui guérie sans qu'il se soit produit d'autres accidents.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

NÉLATON.

Séance du 3 mars 1897.

Présidence de M. DELENS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

Discussion sur le goître exophthalmique.

M. SCHWARTZ. — J'ai eu l'occasion d'observer et d'opérer l'année dernière, en mai 1896, un goître exophtalmique.

OBSERVATION. — Il s'agit d'une dame de 37 ans, mère d'un enfant de 13 ans, anémique et mal portante depuis onze ans à peu près. Les accidents qui l'amènent ont débuté il y a un an environ (mai 1895). A cette époque elle s'est aperçue qu'elle était prise fréquemment de palpitations, en même temps qu'apparaissait une tuméfaction du côté droit du cou ; les règles étaient depuis longtemps devenues rares et irrégulières, et au moment où je voyais la malade elles avaient cessé depuis quinze mois.

L'examen nous permit de constater : une teinte symptomatique, un goître petit, intéressant le lobe droit, paraissant constituer une tumeur intrathyroïdienne, une tachycardie très notable avec accès, enfin une légère exophtalmie. L'exophtalmie est peu notable, les troubles car-

diaques sont très accusés ; de temps en temps Mme H... est prise de suffocations, il lui est impossible d'accomplir le moindre travail et elle demande à être soulagée le plus rapidement possible. Je proposai l'énucléation de la tumeur ou son ablation par thyroïdectomie partielle ; l'opération fut pratiquée le 29 mai 1896.

Le goitre était nettement intraglandulaire et il me fut facile de l'énucléer après incision de la capsule constituée par le corps thyroïde ; ce qui me frappa surtout, ce fut l'abondante hémorrhagie provoquée par l'énucléation ; il me fut impossible de l'arrêter malgré des pinces nombreuses, malgré le tamponnement, et j'allais procéder à la thyroïdectomie unilatérale hémostatique, quand j'eus l'idée de tamponner avec *de la gaze saupoudrée d'antipyrine;* le sang s'arrêta assez rapidement. Suture à deux plans. Suites opératoires normales.

Pendant les trois premiers jours qui suivirent l'opération, l'opérée fut prise de crises cardiaques excessivement pénibles ; il existait une vraie ataxie du cœur, un accès de suffocation. On administra du bromure de potassium à la dose de 4 grammes par jour, de la teinture de digitale ; les crises cessèrent peu à peu et tout rentra dans l'ordre. Le tampon fut retiré au bout de quatre jours et remplacé par un petit drain. La malade se leva le quatorzième jour et sortit guérie le dix-septième jour après l'intervention. Elle est restée guérie depuis, j'en ai eu de très bonnes nouvelles en décembre 1896 ; tous les accidents ont disparu définitivement.

Cette observation se rapproche un peu de celle de mon collègue Quénu, par l'abondante hémorrhagie provoquée par l'énucléation ; il s'agissait en outre d'une tumeur du corps thyroïde, quoiqu'il fût difficile d'admettre, à cause de son petit volume (petite pomme d'api), qu'elle pût comprimer le grand sympathique cervical et donner lieu à des accidents de compression.

J'ai eu l'occasion de voir deux autres goitres avec troubles cardiaques, mais sans exophtalmie, que j'ai traités l'un par l'énucléation intraglandulaire, l'autre par thyroïdectomie ne laissant qu'un morceau du lobe thyroïde droit et tous deux ont parfaitement guéri et me paraissaient bien manifestement provoquer par compression les troubles graves du côté des poumons et du cœur.

M. Tuffier. — Les deux malades que je vous présente sont toutes deux des femmes jeunes atteintes de goître exophtalmique, toutes deux traitées par la thyroïdectomie partielle comprenant le lobe droit et l'isthme de la glande.

La première, âgée de 28 ans, vous est déjà connue, elle est opérée depuis le 6 juillet 1894, et je vous l'ai présentée ici même dans la séance du 13 février 1895 (*Bulletin*, mars 1895, p. 125).

Les accidents avaient été diagnostiqués « maladie de Basedow » par MM. Charcot et Gilles de la Tourette. Le traitement médical suivi à la

Salpêtrière pendant deux ans n'ayant provoqué aucune amélioration, je procédai d'abord à l'évacuation d'un kyste thyroïdien en 1882. Les injections parenchymateuses iodées n'ayant amené non plus aucun résultat, les accidents cardiaques et le tremblement réduisant cette jeune fille à l'immobilité, je pratiquai l'hémithyroïdectomie droite. Les accidents nerveux et l'exophtalmie ont guéri; la jeune femme était déjà dans un état très satisfaisant quand je vous l'ai présentée. Aujourd'hui l'exophtalmie a complètement disparu, les accidents nerveux et le tremblement ont cessé, si bien que cette jeune femme est occupée exclusivement à écrire dans les bureaux du Crédit Lyonnais. Le lobe gauche du corps thyroïde est resté plus volumineux que normalement, il n'a pas grossi et je crois la guérison définitive.

La seconde malade est une jeune femme de 30 ans que j'ai opérée le 25 janvier dernier dans un état lamentable et de la plus haute gravité.

Les accidents avaient débuté un an seulement avant mon examen par des palpitations, de l'exophtalmie et des bouffées de chaleur à la tête. Son corps thyroïde n'était pas volumineux et, si le cou de la malade paraissait un peu fort, il n'y avait jamais eu de tumeur. Les accidents cardiaques, le tremblement, l'agitation extrême marchèrent si rapidement qu'au bout de trois mois elle dut quitter sa place de caissière. Une diarrhée abondante et incoercible s'y ajouta depuis six mois.

Je vois la malade pour la première fois le 20 décembre 1896. Les antécédents se composent d'une rougeole à 3 ans et d'une « fluxion de poitrine » à 13 ans. Elle me dit, et son médecin, M. le Dr Pellereau, me confirme que, dans le cours de ces accidents, il y a environ six mois, elle a été victime d'un accident singulier. Une prescription de tablettes de thymus, qui passe pour un spécifique dans cette maladie lui ayant été faite, on lui donna par erreur à prendre des tablettes de corps thyroïde. Des accidents de thyroïdisme aigu s'ensuivirent et ont failli l'emporter. Actuellement, cette femme a un exorbitis énorme, il lui est impossible de faire quelques pas sans être prise d'une dyspnée violente, elle a maigri, elle est d'une faiblesse extrême. Insomnie, pouls à 144. Palpitations incessantes, tremblement. Œdème des membres inférieurs. Inappétence, diarrhée qui a résisté à toutes les médications. La face est vultueuse, le cou un peu fort sans trace de tumeur; des veines volumineuses sillonnent la peau. En appliquant la main sur le cou, thrill absolument semblable à celui d'un anévrysme artérioso-veineux. Toute la glande thyroïde est animée de battements, surtout dans son tiers supérieur. Et vraiment l'aspect de la région est plutôt celui d'un anévrysme artérioso-veineux ou d'une tumeur cirsoïde que d'un goître. La glande présente ses deux lobes ayant à peu près le double de leur volume, le droit un peu plus volumineux; elle est régulière, sauf au niveau de l'isthme, où une tuméfaction descend derrière le sternum.

Ces accidents graves progressant, on me demande d'intervenir.

Sachant la haute gravité de ces opérations, je demandai à revoir la malade quinze jours plus tard après de nouvelles tentatives médicales déjà essayées par la médication thymique. Le 20 janvier 1897 je la trouvai encore plus faible et dans un état d'agitation et d'insomnie si déplorable que j'acceptai d'opérer.

Le 25 janvier, à la maison de santé de la rue Bizet, la malade étant chloroformée avec la plus grande précaution, je pratique une incision sur le bord antérieur du sternomastoïdien, j'aborde rapidement le corps thyroïde en ouvrant la capsule et je jette une ligature au catgut sur le pédicule des vaisseaux thyroïdiens supérieurs, puis je passe une ligature en chaîne sur le bord *gauche* de l'isthme que je coupe à ce niveau et dont je cautérise au fer rouge toute la surface de section; j'énuclée alors le lobe rétrosternal, je le sépare de la trachée légèrement aplatie et je lie les veines, puis je fais basculer en bas et en dehors le lobe droit. L'hémostase a été très simple. Cette extirpation pratiquée, je jette une seconde ligature au catgut au-dessous du lobe gauche, pour enlever complètement l'isthme; nouvelle cautérisation au fer rouge. Réunion et drainage.

Pendant toute l'opération j'ai mis tout en œuvre pour éviter la malaxation du corps thyroïde ou l'écoulement du suc thyroïdien dans la plaie. La cautérisation au fer rouge des surfaces thyroïdiennes sectionnées a été pratiquée dans ce but, car je suis convaincu que les morts rapides sont dues à l'empoisonnement thyroïdien aigu provoqué par les manœuvres opératoires, la malaxation de la tumeur, l'écoulement du liquide thyroïdien dans la plaie.

Les suites *opératoires* furent des plus simples: le lendemain la température s'éleva à 38° (fièvre thyroïdienne), le surlendemain elle tombait à 37°, le drainage était supprimé. Depuis ce moment la température n'a pas dépassé 37°,2. Les sutures ont été enlevées le septième jour — et il ne reste aujourd'hui qu'une cicatrice linéaire et une petite croûte sur l'emplacement du drainage.

Les suites *thérapeutiques* ont été des plus intéressantes. Dès le lendemain l'aspect vultueux de la face, l'état d'éréthisme des vaisseaux s'était « flétri » pour ne plus reparaître, de même la diarrhée a disparu pour ne plus jamais se manifester depuis. L'exorbitis et l'agitation ont persisté pendant environ trente-six heures. Le pouls a subi les modifications quotidiennes suivantes, sans aucun parallélisme avec les modifications de température: 125, 115, 110, 111, 104. Le 5 février il est à 80 et actuellement il est à 68-72. Aujourd'hui, trente-huit jours après l'opération, il existe encore de l'exophtalmie ou, plutôt, les yeux sont à fleur de tête et n'ont plus cet aspect spécial qu'ils présentaient, les vaisseaux du cou ne sont plus volumineux, il n'y a plus de thrill ni de battements dans le lobe gauche.

La malade n'a aucun tremblement, elle vaque à ses occupations et a pu venir ici sans aucune dyspnée. Le sommeil est bon, l'appétit est revenu, et il n'y a aucun accident nerveux.

L'avenir montrera quelle valeur définitive a eu notre interven-

tion; je sais que certaines malades ont été reprises d'accident très tardivement. Ma première opérée étant guérie depuis 2 ans 1/2, j'ose espérer le même succès pour celle-ci.

M. PONCET (de Lyon). — Je crois comme M. Tuffier, que certains accidents aigus qui succèdent à une intervention sur le corps thyroïde doivent être considérés comme consécutifs à un empoisonnement provoqué par le suc thyroïdien. Il y a là une véritable *toxhémie thyroïdienne.*

J'ai vu maintes fois des accidents de tachycardie, des malaises nerveux, des élévations considérables de la température, sans qu'on pût en aucune façon incriminer une infection de la plaie.

Il y a deux ou trois ans, j'ai fait dans le service de notre ami Brissaud une exothyropéxie pour faire connaître cette méthode de traitement à Paris. Or, après une opération d'une extrême simplicité, la malade mourait dix ou quinze heures après l'intervention.

Depuis lors on a signalé tant en France qu'à l'étranger de pareils désastres — et ces désastres ne doivent être rapportés, selon moi, ni au choc, ni a une infection septique, mais à une toxhémie thyroïdienne.

Aussi, je conseille d'être très prudent lorsqu'il s'agit de décider une intervention sanglante dans les cas de goîtres exophtalmiques. Je n'oserais pas toucher au goître d'une femme qui aurait un pouls à 160, en même temps que de l'exorbitisme ; je craindrais une complication rapidement mortelle. De plus, je sais par expérience, que l'intervention, suivie de succès opératoire, donne toujours une amélioration. Mais je sais aussi que cette amélioration est loin d'être toujours durable. Danger d'une part, incertitude du résultat d'autre part ; voilà qui doit nous faire réfléchir avant de décider une opération.

Puisque l'action sanglante sur le corps thyroïde dans le goître exophtalmique expose à des dangers de toxhémie, on comprendra pourquoi j'apprécie hautement la pratique préconisée par M. Jaboulay, c'est-à-dire la résection du sympathique cervical et du ganglion cervical supérieur. Cette intervention, qui a déjà été faite six ou sept fois, nous paraît donner des résultats définitifs meilleurs et n'expose pas à la toxhémie thyroïdienne.

Rapports.

I. — *Trépanation de l'apophyse mastoïde et de la caisse pour otite moyenne chronique et mastoïdite avec masses cholestéatomateuses*, par M. Braquehaye, agrégé à la Faculté de Bordeaux.

Rapport par M. BROCA.

Le nommé P..., 27 ans, est entré le 13 août 1896 dans le service de M. le professeur Demons pour une fistule mastoïdienne gauche. Le début de la lésion remonte à une otite moyenne bilatérale survenue à l'âge de 17 ans, probablement à la suite d'une amygdalite. L'écoulement persista, avec des intermittences, jusqu'à l'âge de 20 ans. A cette époque, à la fin de novembre 1888, survint une poussée douloureuse à gauche, bientôt suivie d'un volumineux abcès rétro-auriculaire. L'incision simple fut pratiquée et se cicatrisa rapidement, mais l'abcès récidiva, si bien qu'en huit mois le malade dut subir vingt coups de bistouri. Lassé de ce traitement, il entra pour la première fois, le 27 juillet 1889, dans le service de M. Demons, dont M. Braquehaye était alors l'interne. A cette date, un trajet fistuleux qui perforait l'apophyse fut vidé à la curette et la guérison était obtenue à la fin de septembre. Mais alors reparut l'otorrhée, qui avait cessé tant que l'apophyse était restée ouverte et en janvier 1890 s'ouvrit, spontanément, un nouvel abcès mastoïdien, et depuis, la suppuration a constamment eu lieu, à la fois par la fistule et par le conduit. Cela continua de la sorte jusqu'au 1er août 1896 : à cette date, douleurs violentes, abcès rétro-auriculaire qui fut incisé le 10 août. Le pus ne s'écoula en abondance et le malade ne fut soulagé que le lendemain, après issue d'une grosse masse cholestéatomateuse, qui évidemment obstruait l'orifice osseux. Toutefois, la température restait au-dessus de 38° lorsque, le 13 août, le malade entra pour la seconde fois à l'hôpital Saint-André. Pour compléter l'étude de l'examen local, il me reste à ajouter que l'audition à gauche était nulle.

Le 22 août, M. Braquehaye pratiqua la trépanation de l'apophyse et de la caisse selon les règles qu'il a apprises et déjà mises plusieurs fois en pratique sous ma direction. Il ouvrit l'antre au lieu d'élection, sans tenir compte de la fistule osseuse qui siégeait à 1 centimètre au-dessus de l'épine de Henle. Les cellules et l'aditus étaient très spacieux. Il ne restait pas trace des osselets.

Les suites opératoires furent très simples et la vaste cavité ouverte derrière l'oreille était épidermisée à la fin de novembre. L'audition est restée abolie ; il n'y a pas de paralysie faciale.

Un fait digne de remarque est qu'au fond de l'oreille, probablement au niveau de la base de l'étrier, existe un petit point rouge, saillant, dont l'attouchement, depuis le premier pansement, a toujours provoqué des vertiges avec tendance à la syncope. Ces phénomènes sont même notés lorsque le malade laisse la cavité exposée à l'air ; aussi y met-il en permanence un petit tampon d'ouate.

Je n'ai pas l'intention, à propos de cette observation, de discuter devant vous la pathogénie du cholestéatome. D'après les cas que j'ai observés je crois qu'il s'agit d'une complication de certaines vieilles otites suppurées, et que, comme dans le cas de M. Braquehaye, l'inflammation de la caisse est le fait initial : ce qui, dans le cas actuel, doit conduire à cette interprétation, c'est le début par une otite aigue bilatérale, après une amygdalite.

Ce qui est certain, c'est que les otites ainsi compliquées sont fort rares : si l'on n'était intervenu radicalement, on peut affirmer que le malade dont je viens de vous résumer l'histoire était, à échéance plus ou moins proche, condamné à mort. C'est d'ailleurs le sort habituel des vieux otorrhéiques avec complications mastoïdiennes.

En présence de ces lésions, une action chirurgicale s'impose donc et l'observation précédente nous montre ce qu'on doit attendre de l'incision simple, dite de Wilde, ou même de la trépanation limitée à l'apophyse. L'une et l'autre, dit-on, donnent des succès : mais si on suit de près les malades pendant quelque temps, on devient plus sceptique. Voyez le malade de M. Braquehaye : l'incision simple s'est cicatrisée, et l'on aurait pu chanter victoire, mais la récidive n'a pas tardé. Ici, les nouveaux accidents ont été trop rapides, trop répétés pour laisser place à l'illusion ; mais souvent la récidive tarde assez pour que le chirurgien croie à la guérison, comme on a pu y croire pendant plusieurs mois après l'évidement de la fistule osseuse.

En réalité, les malades ne doivent être considérés comme guéris qu'après suppression de l'écoulement purulent par le conduit. Tant qu'il persiste de l'otorrhée, ils sont exposés à des complications mastoïdiennes ou intracraniennes graves ou même redoutables. Aussi doit-on, comme l'a fait M. Braquehaye, attaquer la lésion initiale, c'est-à-dire l'ostéite de la caisse.

A cette manière de faire on objecte parfois : 1° la perte de l'audition ; 2° la fréquence de la paralysie faciale par section de nerf. Aucune de ces objections n'est fondée.

Les osselets sont souvent tombés d'eux-mêmes ; quand ils sont encore en place, leur ablation n'a pas d'inconvénients. J'ai opéré un nombre considérable de malades dans ces conditions et au point de vue de l'audition le résultat a été parfois nul, souvent favorable, jamais défavorable.

Quant à la paralysie faciale, elle est quelquefois inévitable, dans certain cas de séquestre, de carie étendue, etc., mais ces cas sont exceptionnels et d'autre part, la vie étant directement menacée, on est en droit d'exposer le sujet à une infirmité incontestablement désagréable. Et il convient d'ajouter immédiatement que, si l'on opère à temps dans un os qui n'est pas encore malade de tous

côtés, on doit éviter à coup sûr cet accident fâcheux. Un chirurgien habitué à ces interventions ne coupe pas le facial en ouvrant l'aditus et la caisse.

II. — *Sur la période prémonitoire du rétrécissement du rectum*, par M. Verchère.

Rapport par M. GÉRARD-MARCHANT.

Bien des incertitudes règnent encore au sujet de l'origine des rétrécissements du rectum : aussi avez-vous accueilli avec intérêt la lecture que vous a faite M. Verchère, chirurgien de l'infirmerie de Saint-Lazare, sur la *période prémonitoire du rétrécissement du rectum*.

Dans la première partie de son travail M. Verchère vous cite trois observations de femmes jeunes encore, atteintes d'*accidents secondaires* variés de siège, et chez lesquelles il a pratiqué le toucher rectal, alors que le seul trouble fonctionnel était la *constipation* : dans les trois cas, il a trouvé un rétrécissement plus ou moins accusé du rectum, coïncidant avec des ulcérations intra-anales et des condylomes.

Les malades ont été je ne dirai pas guéries, mais singulièrement améliorées par l'effet du traitement.

Voici le résumé de ces observations :

Obs. I. — Femme de 18 ans, syphilis récente. Elle présentait des syphilides érosives de la vulve, de l'aile du nez, des commissures; une syphilis pigmentaire du cou.

Elle était *constipée depuis trois semaines*. M. Verchère la touche de parti pris et trouve au niveau de l'anus un rétrécissement remontant à environ 2 centimètres au-dessus du sphincter.

Le toucher est douloureux et le doigt pénètre dans un endroit annulaire à parois dures et épaissies.

La malade aurait eu des érosions au niveau de l'anus, auxquelles elle n'a attribué aucune importance. Elle est soumise au traitement mixte intensif et, peu à peu, les lésions s'améliorent. Cinq mois après son entrée à l'hôpital, le rétrécissement avait disparu en même temps que tous les accidents syphilitiques.

Obs. II. — Femme de 22 ans, entrée à Saint-Lazare en février 1895 pour des lésions de l'amygdale. Soignée trois fois dans le service en 1889, en 1892 (syphilis pigmentaire du cou). Elle présente, outre les lésions de l'amygdale, deux condylomes au niveau de l'anus : l'un en avant, l'autre en arrière, de dimension d'une grosse fève, élastique lisse.

Les plis radiés de l'anus sont érosifs, cousus de rhagades et cet état se prolonge jusque dans le conduit anal Le toucher rectal est douloureux. L'anus franchi, on sent à 2 centimètres de l'orifice, sur la muqueuse, une série de nodules arrondis, durs, dont l'ensemble forme un bourrelet presque continu tout autour de la paroi, qui rétrécit notablement le calibre du rectum. Le doigt ne franchit ce rétrécissement qu'après avoir triomphé d'une résistance assez grande, mais ne provoque pas d'hémorrhagie.

La malade n'a que de la constipation et quelques douleurs pendant les garde-robes.

Traitement mixte : 4 grammes d'iodure de potassium, injection de calomel et pilules de proto-iodure, à cause d'une éruption iodurée.

Au bout d'un mois de traitement, les nodules du rectum sont moins durs et moins élevés, le calibre du rectum est modifié. Le toucher est moins douloureux. Un mois et demi après, les deux condylomes sont moins élastiques, plus flasques et nullement ulcérés.

Deux mois après son entrée, nouvelle injection de calomel, puis une seconde quinze jours après. A ce moment les parois rectales sont moins épaissies, souples, sans trace d'induration. Les plis radiés de l'anus sont normaux, sans fissures et sains.

Au bout de trois mois, tous les phénomènes syphilitiques avaient disparu.

Obs. III. — 18 ans, chancre probable en mai 1895.

En juillet 1895, syphilides secondaires papulo-hypertrophiques, érosives de la petite lèvre droite. Plaques du côté du voile du palais. Pilules de proto-iodure et piqûres de calomel.

En juillet 1896, la malade présente des plaques commissurales. Elle ne se plaint d'aucun autre accident. En l'examinant, on trouve un condylome ulcéré siégeant sur la partie latérale droite de l'anus et du volume d'un gros haricot.

Cette ulcération se prolonge dans un des plis radiés de l'anus de façon à occuper le quart droit de la muqueuse anale. La malade est constipée et a parfois rendu du sang dans les garde-robes, parfois douloureuses. Par le toucher, très douloureux, on peut suivre cette ulcération et de nombreuses irrégularités végétantes sur les parties latérales de l'anus.

Deux autres, analogues, existent en avant et en arrière. Le doigt est serré par la contracture du sphincter et l'anus, moins souple mais épaissi, fait saillie lorsqu'on presse sur la partie postérieure du vagin.

Piqûres de calomel ; mèches dans l'anus ; peu à peu les douleurs se calment, la contracture disparaît et les ulcérations se cicatrisent. L'anus est plus souple, mais épaissi et après quatre mois et demi de traitement, la malade sortait guérie.

Il ressort de ces faits que, pendant la période des accidents secondaires, l'anus et le rectum peuvent être le siège d'*ulcérations* qu'il

faut rechercher de parti pris, car elles n'occasionnent aucune douleur[1] ; les troubles fonctionnels sont nuls.

Longtemps il a été admis que ces ulcérations ne pénétraient pas dans l'anus et le rectum, mais un examen plus attentif du rectum, déjà réclamé par Van Buren [2], a démontré leur existence.

Plus discutable est l'existence d'un rétrécissement concomitant.

M. Verchère va au-devant de l'objection lorsqu'il nous parle de *rétrécissements non retrécis, de rétrécissement sans trouble fonctionnel.*

Pour lui les éléments constitutifs de tout rétrécissement à son début sont :

1° *La contracture réflexe du sphincter ;*

2° *L'épaississement des parois.*

De ces deux facteurs, le seul défendable est *l'épaississement des parois*. Dans une question aussi controversée, j'aurais voulu la lumière complète : un *toucher rectal* ne peut nous la donner. Ces sensations, d'épaississement des parois, de contraction du sphincter, peuvent répondre à une rectite ; rectite qui trouve sa cause dans la région de la muqueuse (ouvrant la porte aux infections venues du contenu rectal) dans la pédérastie, dans la blennorrhagie anale, dans la malpropreté locale, toutes influences que M. Verchère a lui-même relevées.

Aussi je demanderai à M. Verchère, qui a à sa disposition un vaste champ d'observation et le désir d'approfondir cette intéressante question, de compléter ses recherches par quelques examens de la *paroi rectale*.

Il est possible au cours des opérations pratiquées sur le rectum, et sans que cette conduite puisse paraître blâmable, de recueillir des fragments de la paroi.

Je demanderai encore à notre collègue de suivre ses malades ; il les reverra dans quelques années ; si elles ont un *rétrécissement rectal*, ce sera la meilleure confirmation de la justesse de ses observations cliniques.

Ces réserves faites, je m'explique l'influence heureuse du traitement, et je félicite M. Verchère d'avoir considéré ses malades comme améliorées, autant par le traitement spécifique que par la bonne hygiène locale.

J'arrive à la seconde partie du travail de notre collègue, dans

[1] Quénu et Hartmann ont cependant observé une fistule anale syphilitique présentant tous les caractères douloureux de la fissure ordinaire et nécessitant la dilatation. Ultérieurement et sous les yeux des chirurgiens, cette fissure fut le point de départ d'un syphilome ano-rectal.

[2] Quénu et Hartmann, t. I, p. 83 (*loc. cit.*).

laquelle il veut établir que le condylome est le premier signe du rétrécissement rectal.

« Ce condylome, dit-il (Gosselin avait admirablement relevé ce détail, suivant moi d'une haute importance, dans l'histoire du rétrécissement rectal), est toujours révélateur d'une lésion intra-anale. Il est situé d'ordinaire vers la partie antérieure et médiane de l'anus ; il est allongé d'avant en arrière, aplati latéralement, élastique, lisse, d'un violet pâle et nullement pédiculé. Il est flottant transversalement mais fixe d'avant en arrière. Si on veut l'attirer dans ce sens, on le voit sortir de l'anus, et, sur la muqueuse ainsi attirée on trouve toujours une érosion, une fissure, non douloureuse qui se prolonge plus ou moins dans l'anus et remonte à un ou deux centimètres. Ses bords se délimitent exactement d'avec la muqueuse saine ; puis, dans nombre de cas, à cette fissure s'en joignent plusieurs autres qui occupent les plis radiés de l'anus, et nous voyons alors une véritable érosion de tout le pourtour de l'anus, qui se prolonge dans sa cavité, en donnant naissance à un très léger écoulement purulent — parfois celui-ci est nul.

« Ce condylome est la lésion réduite à sa plus minime expression, qui constitue le rétrécissement syphilitique, le rétrécissement ano-rectal. C'est lui ou plutôt un tissu analogue au sien que nous allons voir se produire tout autour de l'anus, que nous verrons s'enfoncer tout autour de la terminaison du rectum, puis à un moment donné par transformation fibreuse est constitué le rétrécissement rectal. A l'appui de cette affirmation, M. Verchère fournit six observations.

« Ces observations sont toutes superposables les unes aux autres : Il s'agit de femmes jeunes, atteintes de syphilis récentes, présentant des condylomes en *nappes* volumineux, s'accompagnant d'ulcérations anales avec *fissures* non douloureuses, avec fistules, le tout commandant un rétrécissement rectal.

« Dans une seule de ces observations, l'examen histologique du condylome est relaté : *c'était au microscope du tissu fibreux sans nodule gommeux.*

C'est avec raison que M. Verchère a rappelé l'importance que Gosselin attribuait à ce condylome ; cependant il n'existe pas dans toutes les observations et ne pourrait dès lors avoir une valeur pathognomonique du rétrécissement.

« Des observateurs comme Heumann, Lary et Helra (*Société berlinoise de Dermatologie*, 1894) ne le considèrent pas comme toujours spécifique.

« Oro, de Naples, et Ducrest lui reconnaissent même une origine parasitaire.

« Sa structure diffère de celle qu'après des travaux récents on

attribue aux rétrécissements du rectum, et qui de par leur texture peuvent être rangés sous trois classes, les *inflammatoires*, les *syphilitiques* (Hartmann et Toupet), les *tuberculeux* (Sourdille). »

L'importance du travail de notre collègue, justifiait cette analyse attentive, et en terminant, je suis heureux de reconnaître que M. Verchère a eu raison d'appeler de nouveau notre attention sur ce condylome; il a eu le mérite de nous révéler sa coexistence avec des ulcérations anales non apparentes, et peut-être, le début d'un rétrécissement rectal.

Il nous a montré enfin qu'en dehors de tout trouble fonctionnel, de toute lésion apparente, sa présence devait commander le toucher rectal.

Discussion sur les fistules vésico-vaginales.

M. Routier. — Comme le disait M. Berger, grâce aux grands progrès faits dans l'enseignement de la pratique obstétricale, on voit aujourd'hui beaucoup moins de fistules vésico-vaginales qu'autrefois; il faut cependant dire aussi que les chirurgiens qui osent aborder leur cure sont beaucoup plus nombreux aujourd'hui qu'au temps dont parle notre collègue. C'est pour cela que, pendant mon internat chez le professeur Verneuil, je lui ai vu opérer douze fistules vésico-vaginales; vous savez tous que c'était une de ses opérations favorites, qu'il réussissait du reste fort bien, et qu'on lui en adressait de tous côtés.

Pour ma part, je n'ai opéré que dix fistules vésico-vaginales, je dois dire qu'elles m'ont paru, en général, plus compliquées que celles que j'ai vues opérer quand j'étais interne.

Par exemple, je n'ai pas rencontré un seul cas où j'aurais pu attirer la fistule au dehors et l'opérer à la vulve.

Je fais abstraction, bien entendu, de ces fistules vésico-vaginales que j'ai créées pour remédier à diverses maladies de la vessie, et que j'ai fermées consécutivement; leur guérison est des plus faciles, des plus simples, il suffirait probablement de faire un avivement sans sutures pour les voir guérir. Je ne les compte pas dans ce chiffre de dix.

J'ai été frappé, du reste, de la facilité avec laquelle on remédie aux plaies de la vessie faites au cours d'une opération quelconque.

Mais, hélas! il n'en est pas de même des fistules vésico-vaginales obstétricales, ce qui tient à deux causes :

A la perte de substance subie par la vessie.

Aux brides cicatricielles qui empêchent la coaptation. Ce sont là

les deux gros écueils de la cure des fistules vésico-vaginales, c'est contre ces deux facteurs qu'il faut surtout agir, voilà pour moi un point bien plus important que le choix de tel ou tel procédé, d'autant qu'il faut savoir chaque fois modifier les procédés pour les adapter à chaque cas particulier.

Il me paraît aussi très important d'éviter l'introduction de tout corps étranger dans la vessie, on favorise trop de cette manière la décomposition de l'urine ou l'inflammation de cet organe; et j'entends, par corps étranger, même cette collerette de muqueuse que, dans une de ses opérations, M. Berger a cru devoir pousser dans la vessie. Nous savons que la muqueuse vaginale n'est pas faite pour supporter le contact de l'urine; en la faisant pénétrer dans la vessie, il faut craindre de voir se produire ce qui arrive à chaque instant quand on fait le colpokleisis, c'est-à-dire la production de calculs phosphatiques.

C'est par un cas de ce genre que j'ai débuté dans ma pratique.

En 1885, pendant un remplacement à l'hôpital Laënnec, il me fut envoyé de l'hôpital Saint-Antoine pour être placée aux chroniques, c'est-à-dire aux incurables, une femme de 36 ans qui, en 1883, avait eu une large fistule vésico-vaginale à la suite d'un accouchement. Elle fut opérée trois fois, je crois, sans succès; et, en effet, quand je la vis, elle n'avait plus de paroi inférieure de la vessie, on ne trouvait pas son col utérin, et elle n'avait plus eu ses règles depuis son accouchement.

Dans un cas pareil, il ne restait comme ressource que le colpokleisis, je le tentai et le réussis.

Cette malade n'a pas échappé à la loi commune, et je crois bien que c'est mon excellent collègue et ami Richelot qui a eu à lui rouvrir plus tard sa vulve pour évacuer les calculs qui s'étaient formés dans le vagin et la faisaient souffrir.

Le moindre corps étranger est le plus souvent le point de départ de la formation d'un ou de plusieurs calculs.

Permettez-moi de vous citer un autre exemple très curieux et très instructif.

Pendant mon internat chez M. Verneuil, je l'avais aidé à opérer une dame qui avait une fistule vésico-vaginale d'aspect assez simple. Il faut croire qu'il n'en était rien, car M. Verneuil lui fit avec mon aide quinze tentatives opératoires sans le moindre succès dans l'espace de quatre ans environ.

La malade et les chirurgiens étaient las, vous le comprenez. Longtemps après, cette dame vint à moi parce qu'elle souffrait et me demanda de faire une tentative nouvelle.

Je commençai par faire cesser ses douleurs en enlevant d'une sorte de canal formé entre le vagin et la vessie, fruit des quinze

interventions précédentes, une série de calculs à facettes et un fil d'argent, point de départ de tout le mal.

J'opérai ensuite cette dame en 1891 et réduisis sa fistule à un petit orifice sans obtenir un résultat complet.

Une seconde tentative à la fin de l'année, c'était la dix-septième pour la malade, parut avoir enfin réussie; mais quinze jours après l'ablation des fils, elle se sentait mouillée de nouveau et ne voulait plus rien essayer.

Or, voilà trois ans qu'elle ne perd plus rien, qu'elle conserve ses urines; elle est guérie spontanément.

Le grand écueil de la cure des fistules, disais-je, c'est la perte de substance et les cicatrices qui tiraillent; ce n'était pas le cas chez la malade que je viens de citer, mais j'ai eu bien souvent à lutter contre ces deux ennemies.

Bien que j'aie vu opérer Dolbeau autrefois, je ne l'ai pas vu se servir du dilatateur de Bozemann, que n'employait pas non plus Verneuil, de sorte que, me ressentant de mon éducation première, je ne l'ai pas non plus employé.

Je m'en tirais par des débridements aussi étendus qu'il le fallait pour libérer les parties, mais cela aux prix d'hémorrhagies et de grandes difficultés, de sorte, qu'après ce que vient de dire M. Berger, je me propose, au premier cas, d'essayer la dilatation du vagin.

Un de mes cas les plus difficiles et que j'ai eu le bonheur de guérir cependant, a trait à une jeune femme de 23 ans qui vint dans mon service avec des accidents puerpéraux, une énorme eschare du vagin et un gros phlegmon de la cuisse gauche.

Quand tout fut détergé et cicatrisé, elle n'avait plus de paroi inférieure de la vessie, et son canal de l'urèthre portait vers son milieu une perforation de 10 à 15 millimètres de diamètre. Qu'était devenu son col vésical? Il était difficile de le savoir.

Le 9 mai 1895 j'opérai cette malade, je dus mobiliser l'utérus pour coudre sa lèvre antérieure au col vésical, je fis des débridements vaginaux très étendus; enfin je pus réunir cette plaie, et la guérison parfaite se maintenait encore il y a quelques jours, ce qui fait près deux ans. Elle est revenue me voir, parce qu'à la suite d'un coït, elle avait eu une véritable hémorrhagie dont je n'ai trouvé la cause que dans la brièveté extrême de son vagin qui n'admet que deux phalanges de l'index.

Le col de l'utèrus fait le fond de ce vagin par sa lèvre postérieure éversée, c'est elle qui a dû saigner; cet utérus a d'ailleurs 7 centimètres, il serait déplorable de voir survenir une nouvelle grossesse.

Dans un autre cas, les bords de la fistule étaient tellement tendus,

tellement rigides, qu'il me fut impossible de les mobiliser; je décollai alors la muqueuse vaginale, j'amenai le col utérin en avant et je réussis à fermer cette fistule par une cicatrice vaginale, mais cette fois sans pouvoir rapprocher la muqueuse vésicale, de sorte qu'il y a du tissu cicatriciel en contact avec l'urine. Cette malade, opérée en novembre 1895, est encore guérie et ne paraît pas avoir éprouvé d'inconvénients de ce fait; je crains cependant, à cause de cela, la formation ultérieure de calculs.

J'ai eu encore une malade avec large fistule vésico-vaginale dans laquelle le col vésical avait certainement été détruit, j'ai pu le restaurer suffisamment pour qu'elle garde une partie de ses urines dans la vessie; on peut, en vingt-quatre heures, avec une sonde, en recueillir 600 grammes environ, le reste part par le vagin.

Une autre fois, en même temps qu'il y avait fistules vésico et urèthro-vaginales, il y avait aussi perte de substance du rectum et fistule recto-vaginale. J'ai pu restaurer l'urèthre et la vessie, mais l'orifice retco-vaginal a seulement été rétréci; j'espère pouvoir le fermer dans une séance ultérieure.

Enfin, je vous citerai un cas où, à cause de délabrements considérables, qui dataient de quatorze ans, dus à une première grossesse, j'ai cru devoir faire une hystérectomie vaginale pour faciliter la cure de cette énorme fistule; ma malade est morte *d'anémie*, huit jours après l'opération qui avait d'abord paru réussir, elle n'avait plus perdu d'urine par le vagin depuis la suture.

De tout ceci il me paraît résulter qu'il en est pour la fistule vésico-vaginale comme pour toutes les autres autoplasties; il faut de larges surfaces d'avivement, qu'il faut pouvoir adosser largement sans tirailler les parties qu'on veut mettre en contact; vous savez à quelles fortes poussées est exposé le plancher pelvien quand la malade vomit ou fait un effort quelconque, par conséquent, les sutures couperont à coup sûr si elles sont serrées et les tissus se déchireront d'autant mieux sur les fils que le tout sera plus tendu.

Comme M. Berger, je suis partisan du fil d'argent pour fermer les fistules vésico-vaginales obstétricales; au contraire, trois ou quatre crins de Florence suffiront amplement à fermer les fistules vésico-vaginales, que j'appellerai chirurgicales, c'est-à-dire faites par le chirurgien.

Après avoir, à l'exemple de mon maître Verneuil, employé les boutons et les tubes de Galli pour arrêter les fils à suture, j'en suis revenu à la torsion pure et simple, comme le faisait Trélat, toujours dans le même sens, en faisant tourner le fil qu'on a à sa droite, de telle sorte, que pour enlever mes sutures, chose toujours délicate, je n'ai le plus souvent qu'à détordre mes fils que je laisse oujours longs et sortant par la vulve.

Un pansement iodoformé ou salolé bien fait, un tamponnement mou du vagin, est aussi, je crois, d'un grand secours pour la cure de ces fistules.

J'en dirai autant de la sonde à demeure, celle de Nélaton me paraît parfaite. Ce n'est que dans les cas d'intolérance, quand, sous l'influence de la sonde, la vessie entre continuellement en contraction, quand il y a des épreintes, que je supprime la sonde à demeure pour faire sonder la malade toutes les deux heures, mais c'est là une pratique très délicate et il faut, pour l'assurer, une infirmière de premier ordre.

En un mot, toutes les fois qu'on peut faire un avivement large, adosser largement et sans les tirailler, de grandes surfaces cruentées, on aura la guérison assurée.

Présentation de malades.

Gros lipome périnéo-scrotal.

Par M. FÉLIX LEJARS.

Il s'agit d'un homme de 50 ans, exerçant le métier de frotteur. Grand et vigoureux, sans antécédents morbides d'aucune sorte, entré à l'hôpital Beaujon, le 7 avril 1896, pour se faire opérer d'une énorme tumeur du périnée, indolente, du reste, mais dont le volume anormal était devenu par trop gênant.

Cette tumeur avait commencé à paraître quinze ans auparavant : c'était alors une petite boule, grosse comme un haricot, que le patient avait découvert par hasard, au côté gauche de l'anus. Elle s'accrut très lentement et, il y a une année encore, elle n'avait guère que les dimensions d'une mandarine. Aujourd'hui, elle est grosse comme une tête d'enfant, et de plus elle se prolonge, en avant, par une seconde masse, de développement plus tardif, et dont l'apparition ne remonterait qu'à trois ou quatre ans.

Le malade étant couché dans la position de la taille, la région périnéo-scrotale se présente sous un aspect fort singulier : elle est occupée et soulevée tout entière par deux bosselures arrondies, de volume presque égal; l'une, postérieure, le lobe périnéal, repose, en s'étalant, sur le plan du lit, il est recouvert d'une peau normale et répond, par son implantation, à toute la longueur du périnée; l'autre, le lobe scrotal, en est séparé par un sillon très profond et qui semble figurer une séparation complète; en avant, il refoule les deux testicules dont le double relief se distingue nettement de l'extrémité antérieure, convexe, de la tumeur.

Dans la station debout, la configuration de la région est plus étrange encore : on voit, appendus au périnée, l'un devant l'autre, les deux

gros lobes sphéroïdes de la tumeur et, en avant d'eux, la saillie des testicules.

Ces deux masses sont mobiles sur le plan profond, auquel elles ne paraissent reliées que par de très lâches connexions, la peau glisse sans difficulté à leur surface. Le lobe postérieur s'avance jusqu'au voisinage du bord antérieur de l'anus ; l'antérieur est tout entier dans le scrotum. Leur consistance est molle, presque fluctuante ; la portion scrotale présente seule, à son extrémité antérieure, quelques points indurés. Au palper, chacune des masses fournit, du reste, une sensation assez rude de lobulation.

Le diagnostic de lipome cadrait seul avec ces caractères et aussi avec l'indolence parfaite et la lente évolution de la tumeur.

L'opération, pratiquée le 10 avril, permit de le vérifier. Une longue incision longitudinale mit à découvert deux masses lipomateuses incomplètement encapsulées, et qu'une languette épaisse réunissait au niveau du sillon cutané signalé plus haut. La dissection en fut aisée : il n'y avait que des adhérences très molles avec l'aponévrose périnéale superficielle, d'ailleurs intacte ; en avant, toutes les tuniques du testicule étaient aussi indemnes et le lobe scrotal s'était développé entre les bourses et la tunique fibreuse du cordon ; en somme, le lipome était tout entier sous-cutané. Réunion de la plaie, très vaste, par des sutures profondes et superficielles.

La tumeur pesait 750 grammes. Elle présentait la structure ordinaire du lipome mou ; on trouvait, dans l'épaisseur de la portion scrotale, deux noyaux fibreux, blanchâtres et durs, dont l'un était calcifié à son centre.

La guérison fut retardée de quelques jours par un léger suintement sanguin, qui entraîna une courte désunion des lèvres de la plaie ; elle était entièrement cicatrisée le 24 avril et le malade quittait l'hôpital.

La séance est levée à 5 heures. La Société se réunit en comité secret.

Le Secrétaire annuel,

NÉLATON.

Séance du 10 mars 1897.

Présidence de M. Delens.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de M. Largeau (de Niort), qui envoie sa démission de membre correspondant.

Discussion sur la thérapeutique des fistules vésico-vaginales.

M. Ricard. — M. Berger, dans sa communication, a bien voulu appeler l'attention de la Société sur le procédé que j'ai l'habitude d'employer pour la cure des fistules vésico-vaginales.

Je ne veux point reprendre ici la description détaillée de ce procédé, ni l'analyse des observations que j'ai fait connaître au dernier Congrès de chirurgie, je désire seulement revenir sur quelques points particuliers.

Avant de pratiquer l'avivement, je recommande d'abaisser la fistule autant qu'il sera possible, à l'aide de deux pinces à fixer, solidement amarrées sur les bords de l'orifice. Très souvent, même dans les cas où l'on n'aurait osé l'espérer, on voit cet abaissement se produire et la fistule devenir accessible. Pour ne pas contrarier cet abaissement, il est indiqué de n'utiliser que de courtes valves vaginales. Les valves longues et larges, en distendant la muqueuse vaginale, s'opposent à son abaissement.

Le deuxième temps spécial, sur lequel j'insiste, est l'avivement par dédoublement, bien supérieur à l'avivement classique en surface d'après la méthode américaine. Ce dédoublement crée deux lambeaux mobiles, faciles à affronter par leur surface cruentée. La paroi vésicale est ainsi libérée et rendue flottante. Sur l'orifice de cette paroi, je ne place aucun fil, laissant la

cicatrisation se faire spontanément, sous la protection de la suture vaginale. On évite ainsi des formations calculeuses secondaires dans l'intérieur de la vessie.

Cet avivement, sous forme de lambeau, n'a pour but que de donner aux surfaces à suturer le maximum de mobilisation, d'éviter toute traction sur les fils; c'est-à-dire mettre la suture dans les meilleures conditions de réussite. Cette mobilisation est, en effet, la condition indispensable du succès. C'est pour l'obtenir que Jobert désinsérait le cul-de-sac du vagin et décollait l'utérus de la vessie, et que notre collègue Routier, dans l'un de ses cas, a été jusqu'à pratiquer l'hystérectomie.

Ce dédoublement de la paroi vésico-vaginale ne sera pas toujours possible dans les cas très complexes où le vagin est transformé en un tissu de cicatrice inextensible et cloisonné d'adhérences; dans ces cas, il faudra discuter s'il ne convient pas d'aborder la fistule par la voie vésicale elle-même, en ayant recours à la taille hypogastrique. J'aurai, d'ailleurs, l'occasion de revenir sur cette question au sujet d'une observation de notre confrère le docteur Latouche (d'Autun).

Le troisième temps consiste dans la suture, pour laquelle j'emploie, comme M. Berger, uniquement des fils d'argent, plutôt forts que faibles. Le catgut me paraît infidèle dans la durée de sa résorption. La soie est trop facile à infecter, grâce à la capillarité de son tissu, dans un vagin dont l'asepsie pré-opératoire ne peut pas toujours être absolue. J'ai recours toujours à la torsion pour arrêter les fils, tordant chaque chef, comme Ollier, d'un nombre connu de tours, ce qui permet la détorsion facile lorsqu'il convient d'enlever les fils, vers le huitième ou le dixième jour.

Ce procédé opératoire n'est certainement pas applicable à toutes les fistules vésico-vaginales, mais il m'a paru l'être à la grande majorité d'entre elles. Les succès qu'il m'a donnés dans des cas où des opérateurs habiles avaient enregistré sept et huit échecs successifs, prouve que son efficacité va de pair avec la facilité habituelle de son exécution.

M. Lucas-Championnière. — On a beaucoup exagéré l'importance des progrès réalisés par la méthode, dite américaine, dans le traitement de la fistule vésico-vaginale. En réalité, le progrès a surtout consisté à rendre les parties affrontées bien mobiles et à réunir des surfaces au lieu de bords. Ce progrès a été réalisé peu à peu et par beaucoup — par la plupart des chirurgiens qui se sont occupés des fistules vésico-vaginales — chacun pour sa part, a apporté une amélioration à la méthode générale.

De ces améliorations, l'emploi des fils d'argent est une des plus

importantes. Car les fils de soie, dont Jobert se servait, s'infectaient et, bien des fois, il restait une fistulette due au trajet suppuré d'un fil.

Je pense que pour juger la valeur d'une méthode thérapeutique dirigée contre une fistule vésico-vaginale, il ne convient guère de présenter une statistique avec beaucoup de cas de guérison. Parce que, on guérira beaucoup de femmes, si leurs urines ne sont pas altérées; et on n'en guérira pas, si ces femmes présentent une qualité d'urine particulière.

J'ai opéré une malade qui présentait une fistulette vaginale difficile à aborder. Je réussis à oblitérer sa fistule ; la femme guérie devint enceinte et accoucha. Six mois après son accouchement, une fistulette réapparut dans le même point, je ne trouvai d'autre explication à cette récidive que la formation, au voisinage de la cicatrice, d'un petit calcul qui l'avait irritée et rouverte.

Comme l'urine de cette femme était très chargée, je ne voulais pas l'opérer à nouveau ; elle insista, j'opérai, et l'échec fut complet. Alors, je l'envoyai à Évian, je l'opérai à la suite d'une cure d'Évian et le succès suivit cette fois mon intervention.

Lorsque les femmes ont des urines d'une qualité particulière, que je ne définis pas mais qui conduit à la formation de calculs, la cure de leurs fistules est impossible.

Tel est le cas d'une malheureuse que j'ai opérée vingt-quatre fois. A son septième enfant, l'accouchement avait été fait au forceps et l'application malheureuse de l'instrument avait entraîné la destruction de tout le segment inférieur de l'utérus et d'une partie du vagin.

Il en était résulté une fistule énorme. J'avais fermé la fistule en emprisonnant le col dans la vessie. Il s'en suivi la formation d'une multitude de calculs. Mais l'urine continua toujours à s'écouler par le vagin. Dans ces vingt-quatre tentatives d'occlusion, une seule fois la réussite fut complète, l'urine ne passa plus, mais alors des douleurs de reins apparurent tellement atroces que je fus obligé d'ouvrir à nouveau la vessie. Tout cela selon moi tenait à la qualité de l'urine.

Au point de vue du procédé opératoire, je dirai qu'il y a des fistules que le chirurgien peut abaisser et il y en a beaucoup. J'ai vu Pawlick en abaisser en employant sans inconvénient une force que je n'aurais pas osé employer. Mais il y a aussi des fistules que l'on ne peut pas abaisser, celles en particulier qui succèdent à l'hystérectomie vaginale.

Enfin, je répéterai ce qui a déjà été dit bien des fois, c'est que si les fistules vésico-vaginales sont moins fréquentes aujourd'hui qu'autrefois, c'est que les accoucheurs d'aujourd'hui savent mieux leur métier.

M. Berger. — Je trouve le procédé de M. Ricard parfait. Il n'est du reste que l'adaptation à nos procédés aseptiques de la méthode de Jobert.

Mais la libération de l'utérus et de la vessie, que cette méthode réclame, n'est pas possible lorsque l'orifice fistuleux est au centre d'un tissu cicatriciel résistant et de brides qui cloisonnent le vagin, et cette disposition de l'orifice fistuleux, je l'ai rencontrée souvent.

M. Quénu. — J'appuie ce que vient de dire M. Ricard relativement au dédoublement des parois vésicale et vaginale. Depuis dix ans, je ne procède jamais autrement et, sur 12 cas de fistules vésico-vaginales ou vésico-utérines, je n'ai eu qu'un échec, et encore une fistule recto-vaginale compliquait la fistule vésicale.

Je procède toujours par larges avivements et dissèque la paroi vésicale le plus possible. Mais, à l'inverse de M. Ricard, je place une rangée de sutures sur la plaie vésicale, en prenant bien garde toutefois que mes fils restent sous-muqueux et ne pénètrent pas dans la vessie. Je me sers, de soies, de catguts, de préférence de catguts. Je pense que le choix des fils n'a pas du tout l'importance qu'on leur a accordée.

Dans les cas de fistules élevées, j'utilise, comme me l'ont appris les classiques depuis Jobert, le glissement de l'utérus pour combler la perte de substance; ce glissement n'est pas toujours réalisable, j'ai eu alors, en 1887, et une deuxième fois, en 1889, dans le service de M. Terrier et assisté de M. Hartmann, recours au procédé suivant que je n'ai vu décrit nulle part, le décollement vésical étant effectué, ainsi que l'avivement et la perte de substance vésicale fermée par une première rangée de sutures, je taillai dans la lèvre antérieure du col utérin un lambeau; la lèvre antérieure de ce lambeau fut suturée à la demi-circonférence supérieure de la fistule; la lèvre inférieure à la demi-circonférence inférieure (suture avec le vagin), de façon à ce que la surface cruentée de mon entaille vésicale s'appliquait à la surface cruentée formée par la face externe de la vessie. Dans les deux cas, malgré la hauteur et l'étendue de la fistule, le résultat fut parfait.

J'insisterai encore sur la difficulté qu'il y a à opérer les fistules vésico-vaginales consécutives aux hystérectomies vaginales, il devient impossible d'attirer la fistule en bas; il importe pour réussir de faire d'immenses avivements et de réséquer largement les blocs de tissu fibreux qu'on trouve au fond du vagin; à ce prix seul, la libération de la vessie devient possible. On obtient après l'avivement un large entonnoir cruenté dont on peut adosser les surfaces.

Communications.

I. — *De l'exploration intrastomacale.*

Par M. DELAGÉNIÈRE (du Mans).

L'observation que nous relatons ci-dessous, nous a paru digne de l'attention de la Société de chirurgie, tant à cause des circonstances qui nous ont amené à opérer notre malade que des incidents survenus pendant et après ladite opération, laquelle nous avons eu la bonne fortune de mener à succès, en nous servant d'une méthode d'exploration nouvelle dont nous n'avons eu qu'à nous louer.

Observation. — *Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage et de l'estomac. Gastrotomie, gastroplastie et gastrostomie. Guérison.*

La nommée B..., Yvonne, âgée de 3 ans 1/2, nous est adressée, le 11 juin 1895, par le docteur Bourdy, du Mans.

Cette enfant qui a toujours joui d'une bonne santé avale accidentellement deux ou trois gorgées de potasse caustique dont se servent les ébénistes, le 9 avril 1895. Elle souffre peu après l'accident et se plaint seulement de la gorge. Trois semaines plus tard les parents s'aperçoivent qu'elle a de la gêne de la déglutition, cette gêne augmente et, un mois plus tard, le docteur Hervé est consulté. Il constate déjà l'existence d'un rétrécissement de l'œsophage et conseille de pratiquer la dilatation progressive. Après quelques séances interrompues par une légère indisposition de la petite malade, les accidents reparaissent, l'alimentation devient impossible et, le 14 juin, les parents conduisent la malade chez le Dr Bourdy qui nous l'adresse immédiatement.

Le 15, l'état général est très mauvais. La malade est arrivée au dernier degré de la cachexie. Depuis quarante-huit heures elle n'a pas pu avaler même une goutte de liquide. Aucune trace de brûlure sur le pharynx. Une bougie exploratrice n° 18 s'arrête à 19 centimètres de l'arcade dentaire. Une boule olivaire s'arrête au même endroit. Nous cherchons à passer des bougies de plus en plus fines, mais nous ne pouvons franchir l'obstacle même avec un n° 7. En conséquence, nous conseillons de pratiquer immédiatement une gastrostomie.

Opération le 15 juin 1895. — Le Dr Bourdy se charge de l'anesthésie. Nous sommes assisté par le Dr Bolognesi. Est présent le Dr Leuillieux (de Conlie).

Sur le rebord des fausses côtes gauches et en partant de l'appendice xyphoïde, nous pratiquons une incision curviligne longue de dix centimètres environ. Le péritoine ouvert, nous allons à la recherche de l'estomac qui est très déformé, ratatiné sur sa petite courbure de telle sorte que le pylore paraît accolé au cardia. Dans sa partie accessible inférieure, l'organe paraît libre, à peine quelques adhérences lamel-

leuses sur sa face antérieure. L'exploration à la partie supérieure vers le cardia est impossible et ne donne aucune notion précise. Nous nous proposons d'ouvrir largement l'organe afin d'explorer la face interne et d'agir suivant les circonstances.

A cet effet, nous pratiquons une incision de 6 à 7 centimètres sur la face antérieure de l'organe en nous rapprochant de la grosse tubérosité. Cette ouverture nous permet de rechercher les orifices.

Après de nombreux tâtonnements, nous parvenons à faire pénétrer dans l'œsophage, de bas en haut, une bougie n° 8. Laissant cette bougie en place, nous cherchons ensuite le pylore que nous découvrons dans une masse dure et qui nous paraît séparé du cardia par un intervalle de 4 centimètres au plus. L'orifice pylorique est déformé ; il regarde en haut et à droite, il donne la sensation du col de l'utérus, mais il est perméable et admet le bout de l'index. Il est immobilisé par une masse cicatricielle qui le relie au cardia et qui paraît avoir le volume d'une petite noix. Nous nous disposons à agir sur ce tissu de cicatrice comme sur une tumeur, c'est-à-dire à l'extirper. Dans ce but, tout près de la bougie laissée dans l'orifice cardiaque, nous pratiquons une incision avec la pointe des ciseaux, en agissant par petits coups pour nous arrêter aux tissus sains. Cette section est faite rapidement, la bande cicatricielle étant beaucoup plus mince qu'elle ne le paraissait. A peine cette bande est-elle sectionnée qu'il nous est possible de mobiliser le pylore et de l'éloigner du cardia de près de 10 centimètres. Nous enlevons ensuite d'un coup de ciseaux la partie saillante de la bande cicatricielle. Il en résulte une plaie ovalaire située entre le cardia et le pylore et paraissant dépourvue de muqueuse. Nous pratiquons rapidement sur les bords de cette plaie un surjet sur la muqueuse, avec une soie fine, puis nous nous préparons à disposer notre ouverture extérieure.

L'ouverture de l'estomac est d'abord suturée au moyen de deux plans de suture (muco-musculeuse et séro-séreuse), sauf à son extrémité gauche laissée ouverte pour pratiquer la bouche stomacale. Le péritoine pariétal est ensuite fermé et fixé par des sutures tout autour de l'orifice gardé pour la gastrostomie. Une boutonnière est faite d'abord à travers les muscles, puis à travers la peau en dehors de la ligne d'incision. L'ouverture stomacale est attirée à travers cette boutonnière et la muqueuse de l'estomac est fixée à la peau par quatre crins de Florence. La paroi abdominale est enfin fermée par deux rangées de suture. Aucune sonde n'est laissée dans l'orifice de l'estomac et la plaie est simplement pansée avec des compresses aseptiques.

L'opération a duré une heure un quart.

Suites opératoires. — La malade n'a aucune réaction fébrile. La température est normale dès le premier jour. Les crins de Florence sont enlevés le huitième jour et le quinzième jour la malade quitte la maison de santé, guérie de son opération.

Alimentation. — La malade a été nourrie par la fistule dès le soir de son opération. Le gavage se faisait au moyen d'une sonde en gomme n° 15

et la fistule était abandonnée à elle-même entre chaque séance. A aucun moment il n'y a eu d'écoulement de suc gastrique. On injectait chaque fois dans l'estomac 250 grammes de lait, un œuf cru et 5 grammes de chlorure de sodium. La petite malade prenait ainsi de 4 à 5 repas dans les vingt-quatre heures.

Traitement du rétrécissement de l'œsophage. — Ce traitement fut commencé dès le cinquième jour. A la cinquième séance, une bougie olivaire n° 9 put passer et assez rapidement on arriva au n° 16. A partir de ce moment les liquides purent être pris par la bouche. Mais la dilatation ne put être poussée plus loin.

Pendant un mois, un n° 16 fut passé chaque jour pour maintenir le résultat acquis. Le 5 septembre, une corde à boyau n° 16 fut introduite dans le rétrécissement et laissée à demeure pendant quarante minutes.

Deux jours plus tard, le n° 17 passait, puis le 18, le 19 et le 20. Là, nouvel arrêt qui ne put être franchi qu'au moyen de bougies œsophagiennes armées de baleines. On gagna ainsi un numéro par mois jusqu'au n° 27 qui fut passé le 15 juin 1896, juste un an après l'opération. A ce moment la dilatation fut abandonnée par les parents de la malade. Celle-ci mange des aliments solides à la condition de les bien mastiquer.

La fistule ne sert plus à l'alimentation depuis le mois de février 1896. Nous la conservons en cas d'accident et d'autant plus volontiers qu'elle ne cause aucune gêne à la malade et qu'elle ne nécessite aucun soin local.

Etat de la malade le 12 décembre 1896. — La petite malade se porte à merveille, elle est rose et grasse. Les liquides et la soupe sont avalés facilement, elle avale le pain, mais elle doit le mastiquer longtemps.

Le rétrécissement ne paraît pas avoir de tendance à se reproduire. Depuis le mois de juin, le cathétérisme n'a pas été pratiqué et nous pouvons introduire facilement une bougie 27 dans l'œsophage, la même que nous passions au mois de juin.

Nous n'insisterons pas sur le siège qu'occupait le tissu cicatriciel et qui semblerait indiquer que le liquide caustique ingéré a suivi la petite courbure de l'estomac. Nous mentionnerons aussi, seulement pour mémoire, la minceur de ce tissu de cicatrice qui paraissait limité à la muqueuse de l'organe et qui, en se rétractant, semblait avoir plissé en masse compacte les tuniques sous-jacentes.

Ce qui, à notre sens, fait l'intérêt principal de cette observation, est la méthode d'exploration utilisée.

Tous les chirurgiens qui sont familiarisés avec la chirurgie de l'estomac savent combien il est difficile, après l'ouverture du ventre, d'explorer cet organe et même de se rendre compte, dans certains cas, s'il existe ou non une lésion. L'incertitude devient souvent encore plus grande quand il s'agit d'établir la nature de la

lésion et c'est pourtant de cette notion que dépendra la conduite du chirurgien.

Dans ces cas obscurs il nous a semblé préférable de recourir à l'ouverture de l'organe, dont la cavité devenait accessible à la vue et au toucher direct.

Deux objections se présentaient; d'une part, le risque de pratiquer inutilement l'ouverture de l'estomac, d'autre part les dangers d'infection par le contenu stomacal.

A la première de ces objections, nous répondons par le risque que ferait courir une laparotomie simplement exploratrice de refermer le ventre sans avoir rien fait d'utile pour le malade, puisque nous n'admettons en principe l'exploration intra-stomacale que comme une opération d'exception, destinée à contrôler ou à établir un diagnostic dans le cas de doute.

Quant à la deuxième objection, elle est de minime importance. Il n'est pas plus difficile de garantir le péritoine contre le contenu stomacal que contre le liquide d'un pyo-salpinx ou d'un autre abcès. Nous avons à notre disposition les mêmes moyens : aspiration du liquide, traction de l'organe hors du ventre et tamponnement sérieux du péritoine pour éviter toute inoculation.

En revanche, les avantages de la méthode sont nombreux et nous insisterons surtout sur la possibilité d'explorer le cardia inaccessible à la palpation extérieure, et de se rendre compte de la perméabilité du pylore en même temps que des lésions de la muqueuse.

Voici comment, après l'avoir pratiqué, nous conseillons de faire l'exploration intra-stomacale.

Technique. — Comme dans toute laparotomie exploratrice, l'incision médiane sera préférée. Elle partira de l'appendice xyphoïde et descendra au-dessous de l'ombilic. La séreuse une fois ouverte et la paroi solidement écartée on cherchera l'estomac, plus ou moins déformé et adhérent. On cherchera avant tout à pratiquer l'exploration comme si on ne devait pas ouvrir l'organe, et on examinera successivement la face antérieure de l'organe, le pylore, la face postérieure. Dans le cas d'adhérences solides on n'insistera pas sur l'examen extra-stomacal, et ces adhérences seront une raison de plus pour pratiquer l'ouverture de l'organe.

Lorsque cette ouverture est décidée on devra la pratiquer de préférence dans la région soupçonnée de la lésion et lui donner la direction voulue, afin que cette ouverture contribue autant que possible à l'exécution de l'opération. On tiendra compte aussi des vaisseaux de l'organe. C'est ainsi que pour une lésion soupçonnée du pylore ou fera l'ouverture sur l'antre du pylore en lui donnant

une direction transversale par rapport à l'organe, c'est-à-dire précisément celle de la future section, si on veut réséquer l'organe.

Si le chirurgien n'a aucun indice, il devra chercher à se créer le plus de jour possible pour l'exploration. Le lieu d'élection de son incision sera la face antérieure de l'organe, et il fera cette incision suivant le grand axe de l'organe.

Après avoir déterminé l'endroit où sera faite l'ouverture de l'estomac, on saisira l'organe en ce point précis et on l'attirera en dehors de la paroi abdominale autant que possible. On préservera avec le plus grand soin la cavité péritonéale avec des compresses stériles. Faisant alors un pli à l'organe et prenant la précaution de faire pincer vigoureusement entre les doigts d'un aide les parois stomacales au-dessous de ce pli, afin d'empêcher le flux des matières stomacales, on donne un coup de ciseau sur le pli formé de façon à ouvrir l'organe juste assez pour y introduire un gros trocart à ovariotomie. Ce trocart est poussé entre les doigts de l'aide dans le contenu stomacal qui est alors rapidement évacué par aspiration. Lorsque tout le liquide sera évacué, l'ouverture stomacale sera agrandie dans les proportions voulues autant que possible, assez pour pouvoir y introduire la main.

L'incision de la paroi stomacale pourra donner un peu de sang. On placera des pinces sur les vaisseaux sectionnés, puis on introduira dans l'organe des compresses stériles destinées à absorber les dernières gouttes de liquides.

L'exploration proprement dite commencera alors. Avec l'index droit dirigé en haut et sous l'appendice on ira à la recherche du cardia dont on appréciera le calibre puis le pourtour. L'exploration du pylore est plus facile, on reconnaîtra sa direction, son calibre, sa dilatabilité, sa déformation. L'examen de la muqueuse stomacale devra se faire avec la plus grande minutie.

L'ouverture stomacale sera maintenue béante au moyen de deux valves, puis avec des tampons montés sur des pinces on essuiera progressivement toute la surface interne de l'organe, de façon à ne laisser passer aucune érosion de la muquense ni aucune production épithéliale.

Le diagnostic une fois établi on procédera alors à l'opération proprement dite : pylorectomie, gastroplastie, gastro-entérostomie, gastrostomie, etc., après avoir fermé complètement ou seulement en partie l'ouverture faite à l'estomac pour l'exploration.

L'exploration intra-stomacale ainsi pratiquée devra toujours être une opération d'exception. Peut-être ses indications deviendront-elles plus nombreuses quand les médecins n'attendront plus la période de cachexie pour confier leurs malades aux chirurgiens

et que par suite, les explorations pratiquées au début des lésions néoplastiques légitimeront cette manière de faire.

II. — *Note sur l'ostéomyélite des phalanges et son diagnostic avec les panaris sous-épidermiques ou tournioles,*

Par M. E. KIRMISSON.

Lisfranc, dans ses *Cliniques*, a un chapitre relatif au cancer de la verge, intitulé : « Des cancers superficiels que l'on croyait profonds. » Renversant les termes de la phrase, on pourrait, à propos de l'étude clinique des diverses formes de panaris, parler de certains panaris profonds qui revêtent la forme de panaris superficiels. Je veux parler du panaris profond de la phalangette, celui que Gosselin désignait sous le nom de panaris phalangettien nécrosique et dans lequel tous les chirurgiens, à l'heure actuelle, sont d'accord pour reconnaître une ostéomyélite primitive des phalanges. Quand il siège au niveau de la phalangette, ce panaris revêt souvent la forme d'une inflammation péri-unguéale qui peut être prise pour l'une des formes du panaris superficiel ou tourniole.

Tout dernièrement encore, mon attention était appelée sur ces faits à propos d'un petit malade en traitement dans mon service pour une ostéomyélite à foyers multiples.

Ce garçon, âgé actuellement de 8 ans 1/2 a présenté tout d'abord une ostéomyélite du tibia gauche pour lequel il a subi l'évidement de cet os. De nombreux foyers secondaires se sont montrés chez lui, d'abord au niveau des insertions humérales des deltoïdes, puis à la cuisse gauche et enfin au niveau de l'extrémité inférieure du fémur du côté droit. Le lundi, 31 mars, à mon arrivée à l'hôpital, mes élèves attiraient mon attention sur ce malade, qui présentait un gonflement très notable de la phalange unguéale du pouce gauche. Je n'hésitai pas à voir dans cette inflammation une manifestation nouvelle de l'ostéomyélite à forme pyémique dont cet enfant est atteint, en un mot, je diagnostiquai une ostéomyélite de la phalange unguéale du pouce, et fis immédiatement transporter le petit malade à la salle d'opérations.

Après l'avoir endormi, je pratiquai sur la face antérieure et médiane du pouce une incision profonde comprenant le périoste ; conduisant le bistouri sur l'os lui-même, il ne s'écoula pas une seule goutte de liquide. Mais, pendant que je maintenais le doigt à sa base, sous l'influence de la stase sanguine déterminée par la constriction que j'exerçais sur ce doigt, nous vîmes se dessiner au côté externe de l'ongle, et tout près de celui-ci, une tache blanchâtre constituée par l'épiderme

soulevé comme dans une vulgaire tourniole. Excisant cet épiderme, nous mîmes à découvert un petit pertuis par lequel suintait une gouttelette de pus ; en exerçant une compression sur la pulpe du doigt, on activait l'issue du pus. On aurait donc pu croire que nous avions commis une erreur de diagnostic et pris pour un panaris profond ce qui n'était qu'un panaris superficiel. Cependant, introduisant un fin stylet par le pertuis fistuleux, je l'amenai immédiatement au contact de l'os et parvins sans difficulté à le faire sortir par la large ouverture que j'avais pratiquée sur la face médiane de la phalange. Ainsi se trouvait vérifié le diagnostic d'ostéomyélite de la phalangette. Les deux orifices furent réunis par un séton filiforme, et on institua un traitement antiseptique dont les bains phéniqués furent l'élément essentiel. Sous l'influence de ce traitement, toute suppuration a aujourd'hui disparu, le gonflement et les douleurs sont supprimés, et tout nous fait espérer que nous n'assisterons pas à la nécrose de la phalangette.

Ce fait récent m'a remis en mémoire un cas que j'ai pu observer il y a deux ans.

Il s'agissait d'une jeune fille de 13 ans qui me fut adressée par mon collègue et ami M. Hutinel. Elle portait, au niveau de la phalange unguéale de l'annulaire du côté droit, un panaris qui avait été considéré comme un panaris superficiel et ouvert par une incision faite au côté interne de l'ongle quinze jours auparavant. L'orifice restait fistuleux, la suppuration abondante, toute la pulpe de la phalange était empâtée. Aussi, ne me fut-il pas difficile d'affirmer que l'os lui-même était atteint et que la malade perdrait probablement la phalange. En effet, en dépit d'un large débridement que je pratiquai sur la face médiane de la phalange unguéale, la nécrose survint et l'os malade fut éliminé.

Si, reconnaissant dès le début la véritable nature de la maladie, on pratiquait alors le large débridement du périoste, nul doute que, dans bon nombre de cas, l'on n'arrive à empêcher une issue si fâcheuse.

Mais, me dira-t-on, il est bien difficile de savoir tout d'abord si l'on a affaire à un panaris profond, c'est-à-dire à une véritable ostéomyélite de la phalangette, ou à un panaris superficiel. En effet, dans les deux cas, l'on observe mêmes douleurs, même gonflement, même tache blanchâtre au pourtour de l'ongle. C'est, suivant moi, une raison pour faire toujours une étude attentive de la lésion. Depuis bien des années déjà, je recommande à mes élèves de ne fendre jamais à l'aveugle pour ainsi dire les doigts atteints de panaris superficiels. Je commence par faire soigneusement avec le bistouri et les ciseaux l'excision de l'épiderme soulevé ; le pus écoulé, je puis tout à loisir faire l'examen du derme

mis à nu ; si celui-ci est perforé, j'introduis dans l'orifice un stylet qui me permet de reconnaître si j'ai affaire à un simple panaris sous-dermique ou à un panaris profond ; je fais ainsi méthodiquement et peu à peu le diagnostic anatomique de la lésion et me conforme aux indications thérapeutiques qui en découlent.

Présentation de malades.

M. Brun. — J'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom de mon ami Hartmann et au mien, une enfant de 3 ans et demi, chez laquelle nous avons été amenés à pratiquer l'abouchement dans l'intestin des voies biliaires atteintes de dilatation d'origine probablement congénitale.

Cette fillette avait été reçue le 22 septembre 1896 dans mon service, salle Bilgrain, lit n° 22, avec les renseignements suivants : malade depuis quinze jours seulement, l'enfant a perdu l'appétit et la gaieté en même temps que son ventre, déjà gros depuis longtemps, a notablement augmenté de volume, surtout du côté droit ; depuis trois jours elle a de la fièvre et souffre du ventre ; pas de vomissements.

A l'examen fait au moment de l'entrée dans le service, on constate que le ventre est très distendu et l'on sent une tumeur qui remplit tout l'hypochondre droit où elle semble faire corps avec le foie et empiète même beaucoup sur le côté gauche de l'abdomen.

La percussion délimite une matité surtout droite, descendant très bas dans le flanc. Cette tumeur est fluctuante, et paraît très tendue. Il y a en même temps des signes de congestion pulmonnaire à la base du poumon droit.

Pensant à un kyste hydatique du foie et attribuant les phénomènes douloureux et fébriles qui ont apparu depuis quelque jours à l'infection de ce kyste, je décide de pratiquer une laparotomie sur le bord externe du droit, de fixer la poche à la paroi et de l'ouvrir largement.

L'opération est faite le 23 septembre. Incision verticale sur la portion la plus saillante de la tumeur. Le péritoine incisé, on voit que la tumeur est recouverte par l'épiploon qui lui adhère, une anse intestinale la croise de haut en bas et lui paraît fixée. Par une couronne de points au catgut, je fixe la tumeur à la paroi et cette suture exactement faite, je ponctionne à l'aspirateur. J'obtiens ainsi un litre et demi d'un liquide vert foncé, tout à fait analogue à la bile. Vers la fin de la ponction, il s'échappe une certaine quantité de produits membraneux. La tumeur est alors incisée au bistouri dans les limites des sutures et l'exploration de la poche en fait reconnaître l'épaisseur rela-

tivement considérable et la structure en apparence musculaire ; je ne puis du reste me rendre compte bien nettement des connexions de la tumeur avec le foie ou les voies biliaires.

Les suites opératoires furent des plus simples et du mois de septembre au mois de janvier, nous vîmes s'écouler, par la fistule de l'hypochondre droit, une quantité considérable de liqueur verdâtre, irritant les téguments, qui, examinée à diverses reprises, présenta tous les caractères de la bile légèrement infectée par le coli-bacille. Pendant toute cette période, les matières fécales recueillies avec soin furent décolorées ; elles contenaient cependant de la bile, mais en très petite quantité. A aucun moment, il n'y eut d'ictère ou de subictère.

Le 24 janvier 1897, la fistule biliaire persistant, et l'état général étant excellent, une intervention fut décidée, pour laquelle j'eus recours à l'obligeance de mon collègue et ami Hartmann. La poche fut mise à nu par une incision en H de la paroi abdominale ; l'anse intestinale que j'avais vue adhérente lors de ma première intervention fut facilement découverte et une communication de 1 centimètre environ fut établie entre la poche d'une part et cette anse intestinale de l'autre, à l'aide d'un double plan de sutures muco-muqueuses et séro-séreuses à la soie. Les bords de l'orifice fistuleux, séparés de la peau et avivés, furent également suturés. La paroi fut refermée, sauf au niveau de l'ancienne fistule où, par précaution, fut placée une mèche de gaze stérilisée. Les suites opératoires furent encore une fois favorables. L'enfant présenta cependant, pendant les premiers jours, une salivation extrêmement abondante, mais à aucun moment il n'y eut de vomissements ou de douleurs de ventre.

Au premier pansement, le 27 janvier, la plaie a très bon aspect, mais la température s'élève le soir à 38°,4 pour redescendre le lendemain à la normale.

Le 1er février, au deuxième pansement, je constate une suppuration partielle de la ligne des sutures cutanées, au voisinage du point laissé ouvert et protégé par une mèche. A l'ablation de celle-ci, il se produit un abondant écoulement de bile altérée. L'état général est du reste parfait, il n'y a pas de fièvre, mais les selles sont toujours décolorées.

Après avoir diminué de quantité chaque jour, l'écoulement de bile qui avait suivi l'ablation de la mèche cessa de se produire à partir du 8 février et les selles reprirent aussitôt une coloration normale. Du 8 février au 6 mars, les fils de soie employés pour la suture des plaies musculaires de la paroi s'éliminèrent progressivement. Aujourd'hui, la cicatrisation est complète et la guérison paraît absolue.

Je ne me permettrai de tirer aucune conclusion d'une observation sur bien des points trop incomplète. Sur quelle partie des voies biliaires (vésicule, cholédoque, canal cystique) siégeait au juste la dilatation anormale que présentait ma petite malade ? Je n'en sais absolument rien et ne veux faire à ce sujet aucune hypothèse ; vous comprendrez ma réserve en examinant la pièce que

vous présentera tout à l'heure notre collègue Broca. A quelle cause était due cette dilatation? Je ne suis à ce sujet pas mieux renseigné, et le très jeune âge de ma malade est la seule raison qui me fasse émettre l'hypothèse d'une malformation congénitale. Un seul point me paraît établi, l'utilité de l'opération qui a été pratiquée. Elle s'affirme par le résultat obtenu, et ce résultat remontant déjà à près de deux mois, tout porte à penser qu'il sera définitif.

Présentation de pièces.

Dilatation énorme du canal cholédoque.

M. Broca. — Dans la si intéressante observation que vient de nous relater M. Brun, notre collègue a obtenu un succès remarquable, mais n'a pas su quelle partie des voies biliaires il a abouchée dans l'intestin. Aussi m'a-t-il prié de vous montrer une trouvaille d'autopsie que j'ai faite il y a quelques jours et qui éclaire peut-être la nature exacte de la lésion qu'il a eue à traiter : rien ne prouve que ce soit la même, mais la similitude en tout cas est grande.

Le 21 janvier dernier, l'interne de garde recevait d'urgence à l'hôpital Trousseau, une enfant âgée de 10 ans, qui lui semblait moribonde et chez laquelle il crut à des lésions tuberculeuses chroniques et généralisées. Elle portait au pied gauche une tumeur blanche fistuleuse; l'amaigrissement était extrême, le teint ictérique, le ventre volumineux. La cachexie augmenta peu à peu et finalement l'enfant succomba. De son vivant, je n'ai jamais examiné son ventre.

J'assistai à l'autopsie, que pratiqua, le 16 février 1897, M. Chauveau, interne du service, et je fus tout de suite frappé par une tumeur arrondie, grosse comme une tête de fœtus à terme, régulière, située sous le foie derrière l'épiploon, au-dessous et à droite de l'estomac, au-dessus du colon, encadrée en haut, à droite et en bas, par les trois portions du duodénum qu'elle avait écartées l'une de l'autre.

Après avoir incisé l'épiploon, j'arrivai sur une poche blanche, lisse, fluctuante, d'où il fut très facile de séparer l'estomac et l'intestin en disséquant aux ciseaux courbes; sur la partie duodénale, aucun tractus ne résista à la section, aucune goutte de liquide ne perla. J'étais donc persuadé que les connexions intestinales étaient nulles et qu'il s'agissait d'un kyste hydatique du foie. Pour m'en assurer j'enlevai en bloc le foie, le poumon, la tumeur, et j'examinai la face inférieure du foie auquelle elle semblait appendue. Je fis donc basculer le kyste en avant et je le vis, à ma grande surprise, ne tenir au foie que par un mince pédicule, très court, bientôt bifurqué pour se continuer avec le canal

cystique et le canal hépatique tous deux dilatés et très faciles à reconnaître. La vésicule biliaire n'était pas dilatée. J'incisai alors les canaux cystique et hépatique et j'y pus introduire un stylet qui, sans rencontrer aucun obstacle, pénétra dans la poche kystique. J'ouvris cette poche, j'en vis sortir un liquide vert clair peu consistant, et pour démontrer

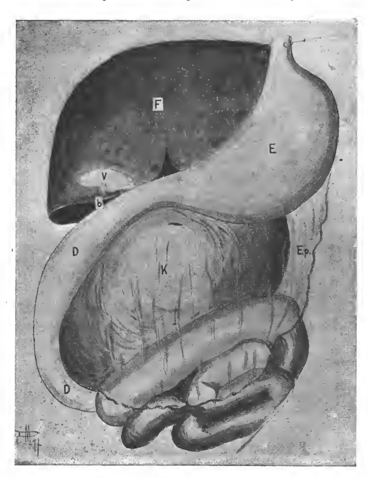


Fig. 1. — F, foie; V, vésicule biliaire cachée en partie sous une languette de foie *b*; E, estomac; DD, duodénum; Ep., épiploon; K, kyste.

qu'elle était formée par le canal cholédoque monstrueusement dilaté, je cherchai sur sa paroi droite un reste de ce canal. Je trouvai un orifice non oblitéré, perméable au stylet, mais se continuant dans la paroi avec un canal étroit, long de 1 centimètre environ, et coudé tout près de l'orifice avant de ramper contre la paroi kystique. Pour parfaire la preuve, il restait à trouver dans l'intestin un canal semblable à celui-ci et en ouvrant le duodénum, je vis, au-dessous de la région

des valvules conniventes, un orifice qui n'était pas comme d'ordinaire associé à la saillie d'une ampoule de Vater, et de là le stylet pénétra dans un bout de canal identique au précédent.

Il est à remarquer que nulle part le cholédoque n'était obstrué ; il était seulement coudé dans son court trajet entre le kyste et le duodénum. Cela va bien avec les renseignements que j'ai pu faire recueillir auprès des parents par M. Tessier, externe du service. J'ai appris ainsi que

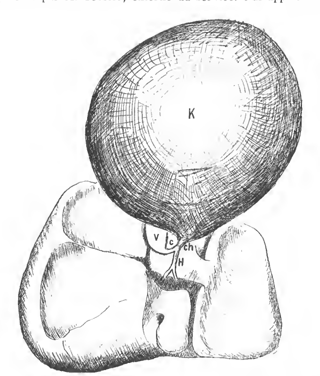


Fig. 2. — K, kyste relevé et continu, sous le hile du foie, avec *ch* (canal cholédoque), formé par fusion de H (canal hépatique) et *c* (canal cystique); V, vésicule biliaire.

cette fillette, née avant terme d'une mère tuberculeuse, a été élevée assez facilement malgré sa faiblesse. Mais, tout en n'ayant présenté aucun signe de rachitisme, elle n'a marché que vers 5 ans.

D'autre part, son intelligence a toujours été fort obtuse. La santé générale était bonne, et l'enfant avait bon appétit, mais elle n'a jamais voulu manger de viande. Pendant l'enfance, les parents n'ont jamais eu l'attention attirée par des alternatives de diarrhée et de constipation ; mais ils se souviennent qu'il y a un an à dix-huit mois l'enfant a été atteinte d'un ictère passager et peu prononcé.

L'enfant était, d'après eux, bien portante, lorsque, il y a dix mois, ils la firent placer à Bicêtre, en raison de sa débilité mentale. Là elle

devint peu à peu malade; son teint jaunit, son ventre grossit, mais son appétit resta bon. Lors des visites, elle mangeait avec avidité de gros morceaux de pain, ce qui fit dire à la famille qu'elle était mal nourrie. Un jour, on lui vit des taches noires, comme ecchymotiques, sur la tête et l'œil droit; d'où les parents conclurent qu'on l'avait battue. Enfin, on s'aperçut que le pied gauche était enflé et que l'enfant — toujours laissée au lit — ne pouvait plus marcher. Les parents la reprirent donc chez eux au mois de septembre, car ils la croyaient mal soignée. A ce mo-

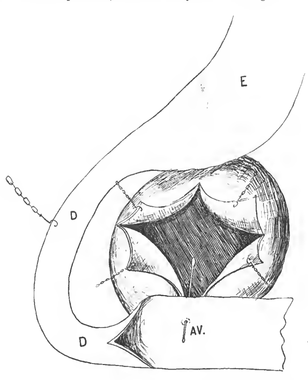


Fig. 3. — E, estomac; DD, duodénum; AV, ampoule de Vater.

ment, le ventre était gros et dur, l'ictère accentué, et il existait une diarrhée abondante et décolorée; il s'était formé plusieurs abcès du cuir chevelu, la tumeur blanche devint fistuleuse en décembre, et enfin le 15 janvier la malade fut, comme je l'ai dit, admise à l'hôpital Trousseau.

Pendant son séjour, elle resta constamment somnolente, ne parlant que pour demander à boire, poussant des gémissements dès qu'on la touchait; le ventre était gros, tendu, douloureux; l'ictère était très prononcé. Il y eut une diarrhée incessante, décolorée, horriblement fétide; par moments on remarqua quelques débâcles très séreuses, de coloration verte.

D'après l'autopsie, et malgré la cachexie tuberculeuse avérée du

sujet, je ne crois pas qu'en palpant le ventre, où existait dans l'hypochondre droit et à l'épigastre une grosse tumeur lisse et sphérique, j'aurais diagnostiqué, comme cela a été fait, une péritonite tuberculeuse avec poche ascitique. Mais je n'aurais certainement pas porté le diagnostic exact, et j'aurais, comme mon ami Brun dans son cas, conclu à un kyste hydatique. Je n'aurais d'ailleurs pas davantage opéré la malade, arrivée, lorsque je la vis, au dernier degré du marasme, et je ne regrette pas de n'avoir pas cherché à vérifier le diagnostic avec lequel la malade me fut présentée par mon interne.

Discussion.

M. Le Dentu. — J'ai vu une jeune fille de 18 ans qui présentait de temps en temps des poussées d'ictère ; elle avait aussi de l'albuminerie intermittente. Ictère et albuminurie coexistaient avec l'apparition d'une tumeur apparaissant dans la région hypochondriaque droite et mesurant 10 à 12 centimètres de diamètre. Je fis dans cette tumeur une ponction exploratrice et en retirai 1,100 grammes de bile pure.

Je voulais décider les parents de la jeune fille à une intervention plus complète, mais ils temporisèrent. Or, la tumeur diminua, et depuis huit mois la jeune fille est guérie.

Présentation de malades.

Résection atypique de la hanche. Guérison avec retour complet des mouvements de l'articulation.

M. Ch. Monod. — La jeune fille que je vous présente m'était amenée, il y a un peu plus de cinq ans, à la fin de l'année 1891, comme atteinte de coxalgie gauche suppurée.

Cette enfant, âgée alors de 14 ans et demi, portait dans la région trochantérienne un trajet fistuleux pénétrant jusqu'à l'os, qui avait succédé à une affection dont le début remontait à un an. Je n'ai pu avoir, sur les premières phases de la maladie, que des renseignements insuffisants. Ce qui est certain, c'est qu'elle avait été à marche rapide, qu'il s'était produit un gonflement douloureux de l'extrémité supérieure du membre, aboutissant promptement à la formation d'un abcès, qui s'était ouvert seul. Depuis, l'ouverture ne s'était pas fermée.

Toute la région de la hanche était tuméfiée, les mouvements de l'articulation très limités. Je fus frappé, cependant, dès l'abord, du fait que ceux qui étaient demeurés possibles ne provoquaient que peu ou point de douleur.

Cela suffisait pour me décider à commencer par une intervention limitée qui, partie de la fistule, s'étendrait plus ou moins loin suivant les lésions rencontrées.

Opération le 8 janvier 1892. — Le large débridement du trajet fistuleux ne me conduisit pas immédiatement sur l'os. Ce ne fut qu'à travers un petit orifice à contours fongueux que j'atteignis le squelette. Ce nouveau trajet agrandi, je mets à découvert une portion osseuse qui me paraît mobile. Je parviens sans peine, en lui ouvrant une voie à coups de ciseaux, à l'extraire en m'aidant d'une curette; elle avait toutes les apparences d'une tête fémorale nécrosée.

Je dus encore aller, au fond du vaste foyer ainsi ouvert, chercher de nombreux fragments osseux qui semblaient représenter l'extrémité supérieure tout entière du fémur. La curette, à un moment, pénètre à une grande profondeur dans le canal médullaire, qui est largement ouvert.

La cavité, ainsi débarrassée des détritus osseux, du pus et des fongosités qu'elle contenait, est vigoureusement brossée avec une solution de naphtol camphré. La plaie est réunie, sauf en un point par où un drain pénètre dans la profondeur. Pansement, gaze iodoformée et ouate. Extension continue à l'aide de bandelettes de diachylon et de poids.

La cicatrisation fut lente, mais sans incidents. Elle était complète en novembre 1892. Le membre à ce moment est solide, et la petite malade peut détacher le talon du lit.

Je supprime l'extension continue et laisse la malade se lever, sur béquilles, avec soulier surélevé à droite, pour que le pied gauche ne touche pas terre.

En janvier 1893, je lui fais porter un appareil orthopédique, dit de marche, prenant point d'appui sur le bassin. Elle l'a conservé jusqu'à ce jour, par prudence, bien qu'elle puisse s'en passer.

Vous avez pu voir avec quelle aisance cette jeune fille a pu (sans appareil) marcher devant vous. Elle ne boite pas; c'est à peine si l'on peut surprendre un léger déhanchement, résultant de l'inégalité de longueur des deux membres.

Il existe, en effet, du côté gauche, un raccourcissement de 3 centimètres, mais qui n'est appréciable qu'à la mensuration; la malade étant couchée, les deux plantes du pied sont à même hauteur; la correction par inclinaison du bassin est complète. J'ajoute que ce raccourcissement de 3 centimètres a été constaté dès février 1894; il n'a pas augmenté : l'enfant grandissant, les deux membres ont cru, proportionnellement, de même quantité. Il n'y a, au reste, du côté malade aucune atrophie musculaire; les deux cuisses ont même aspect.

Vous avez pu voir aussi que cette jeune fille s'asseyait avec a plus grande aisance. Il est bien remarquable, en effet, que la fonction articulaire est conservée intacte. A l'exception de l'abduction et de la flexion extrêmes, tous les mouvements sont possibles; la

tête roule dans sa cavité en tous sens, sans que le bassin soit entraîné.

Cette *restitutio ad integrum* est telle que je me demande, après coup, si j'ai eu bien affaire en ce cas à une athrite tuberculeuse de la hanche. Je ne sache pas que jamais une résection coxo-fémorale, même limitée, faite pour tuberculose de la hanche, ait donné un résultat pareil.

J'incline à croire que l'affection dont cette jeune fille a été atteinte était plutôt nne ostéite nécrosique, une ostéomyélite subaiguë de l'extrémité supérieure du fémur. L'opération, qui a consisté dans l'ablation à la curette des parties osseuses malades, a nécessairement respecté le périoste ; la régénération a pu se faire, grâce à l'extension prolongée, dans de bonnes conditions.

La marche relativement rapide du mal, la guérison relativement rapide aussi, non moins que le bon résultat final, parlent, il me semble, en ce sens.

Discussion.

M. Brun et M. Nélaton sont de l'avis de M. Monod, car ils n'ont jamais vu de si beaux résultats à la suite de l'intervention dans les cas de tuberculose de la hanche.

Présentations de pièces.

Grossesse extra-utérine à terme. Fœtus mort, retenu trois mois. Laparotomie ; ablation totale du kyste fœtal et hystérectomie vaginale. Guérison.

M. Routier. — La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société provient d'une grossesse extra-utérine que j'ai opérée et guérie le 11 février 1897.

Le kyste fœtal que voici pèse 5,265 grammes. Le fœtus est à terme et très beau.

La malade, femme de 30 ans, avait eu une grossesse normale il y a dix ans. En janvier 1896, elle devint enceinte, tout fut normal jusqu'au moment du travail qui n'aboutit pas, en octobre 1896.

Le diagnostic grossesse extra-utérine fut pris par le Dr Chevalier, de Sains (Nord), qui vit la malade.

J'ai eu à intervenir, la grossesse se présentait tellement sous l'aspect d'un kyste du ligament large que j'ai été tenté et que j'ai procédé à l'ablation.

J'ai dû dénuder dans toute leur étendue l'artère et la veine iliaque primitive, et appliquer sur celle-ci une ligature latérale. L'uretère droit

a été coupé ; puis, pour finir, j'ai dû faire une hystérectomie totale comme moyen hémostatique ; pendant ce dernier temps, par la faute de mon aide, j'ai ouvert la vessie que j'ai refermée par une suture en bourse.

Malgré tous ces incidents, la malade a guéri ; mais j'engage fort mes collègues à suivre les principes posés par M. Pinard : ouvrir le kyste, le vider et le drainer et ne pas songer à l'enlever en entier, quelle que soit la façon dont il se présente.

M. Quénu présente deux photographies faites avec les rayons X ; une est faite de face, l'autre de profil, afin de bien localiser le siège du corps étranger.

Discussion.

M. Delorme pense que, dans certains cas, il ne serait pas possible de fixer nettement avec deux photographies le siège du corps étranger, s'il est très petit ou profondément situé.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

Nélaton.

Séance du 17 mars 1897.

Présidence de M. Delens.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de M. Binaud (de Bordeaux), qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant.

M. Delorme dépose sur le bureau un mémoire de M. Mendy *sur la valeur comparée de l'expectation armée et de la laparotomie*

dans les contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval. Cette thèse est renvoyée à la commission du prix Marjolin-Duval.

M. le président invite M. Hartmann, nommé membre titulaire dans la dernière séance, à venir prendre place au milieu de ses collègues.

Communication.

Cholécystite et angiocholite infectieuses à coli-bacille. Cholécystostomie. Guérison.

Par M. FÉLIX LEJARS.

L'importance de l'intervention opératoire dans les cholécystites et les angiocholites infectieuses est démontrée par des faits assez nombreux ; il nous suffira de rappeler les belles observations de M. le professeur Terrier et encore l'histoire d'un opéré de M. Quénu qui vous était présenté récemment ici. L'exemple suivant viendra s'ajouter à ces cas heureux ; il nous paraît, de plus, offrir un intérêt spécial par cette double raison que la cholécystostomie a été pratiquée pour des accidents d'infection suraiguë et que, d'autre part, il n'existait de lithiase ni de la vésicule, ni des gros canaux biliaires. Nous étions en présence, comme l'a démontré l'examen bactériologique, d'une cholécystite et d'une angiocholite infectieuses à coli-bacille.

Notre malade était un garçon de 25 ans, côtier aux Omnibus, petit, mais vigoureux, et ne présentant rien de notable dans ses antécédents.

Depuis deux ans, il souffrait de douleurs abdominales très vives, revenant par crises et occupant toujours la région du foie sans s'irradier dans l'épaule droite. Il avait remarqué que ces crises se reproduisaient souvent après les repas : elles s'accompagnaient de vomissements et duraient quelques heures.

Depuis plusieurs mois, elles s'étaient rapprochées et avaient acquis un degré d'acuité et une durée beaucoup plus marqués. Elles se prolongeaient sept à huit jours, se compliquaient de fièvre, de frissons, de nausées et de vomissements continuels et assez souvent de subictère. Les douleurs n'avaient pas, du reste, d'irradiations bien nettes ; elles étaient diffuses dans toute la région hépatique, variaient beaucoup en intensité et ne cessaient jamais brusquement.

Lorsque le malade entra à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Fernet, le 21 septembre 1896, les accidents avaient reparu depuis

cinq jours et, d'emblée, ils avaient revêtu un caractère d'acuité jusqu'alors inconnu : douleurs violentes et continues, vomissements répétés, fièvre, teinte ictérique généralisée qui se fonçait de plus en plus.

De fait, l'aspect général était très alarmant ; le facies amaigri, tiré, d'un jaune terreux, contrastait avec la coloration très jaune des conjonctives, la langue sèche, rôtie, l'haleine fétide, la peau brûlante, le pouls fréquent, petit, irrégulier, la température se maintenant à 39°, sans rémission, témoignaient d'une intoxication profonde : les nuits étaient très agitées et l'insomnie se compliquait de subdelirium ; du reste, les souffrances ne faisaient que s'accroître et la sensibilité extrême de tout l'hypochondre gênait même singulièrement l'exploration. Ajoutons que les selles, très rares, étaient en partie décolorées, blanchâtres, graisseuses; les urines, de quantité moindre aussi, étaient brunâtres, épaisses et contenaient, avec des pigments biliaires, une légère quantité d'albumine.

L'examen de la région hépatique, pratiqué doucement et avec de grandes précautions, permettait de reconnaître, au palper et à la percussion, ce qui suit : le foie déborde les fausses côtes d'au moins trois travers de doigt ; sa surface paraît régulière et la pression sur toute la hauteur accessible de l'organe est extrêmement douloureuse ; au-dessous du relief que dessine son bord inférieur et sur la partie moyenne, on arrive à délimiter une masse arrondie, qui paraît large de deux travers de doigts environ et qui se prolonge en bas de pareille longueur ; il ne semble pas douteux que cette tumeur ne représente la vésicule biliaire distendue, mais cachée en partie par le foie, et moins apparente qu'elle ne l'est assez souvent dans les cas analogues.

Le diagnostic fut donc celui de cholécystite et angiocholite infectieuses et, devant l'intensité des douleurs et surtout la gravité croissante des phénomènes généraux, l'intervention nous parut urgente.

Elle fut pratiquée le 23 septembre, sous l'éther. Je fis une incision verticale d'une dizaine de centimètres, sur le bord externe du muscle droit et je tombai sur la face convexe du foie, qui descendait très bas, comme nous l'avait indiqué l'examen extérieur et dont la consistance était mollasse et la coloration presque noire. Il fallut soulever son bord antérieur pour mettre à découvert la vésicule, dont une languette de parenchyme recouvrait toute la face supérieure ; la vésicule était verdâtre, très tendue, du reste libre d'adhérences ; la réplétion était trop grande pour que le doigt pût aisément en apprécier le contenu, mais, le long du canal cystique et du canal cholédoque, je ne trouvai aucune trace de concrétion calculeuse ni aucune induration. Je me mis alors en devoir de faire la cholécystostomie, mais ce ne fut pas sans difficulté que je parvins à accoller le fond de la vésicule à la paroi par un rang de sutures séro-séreuses, à cause du peu de relief qu'il dessinait et de la longueur de l'opercule hépathique sous lequel il se dérobait ; aussi je préférai ne fermer qu'en bas le reste de la plaie et laisser un drainage à la gaze iodoformée, au-dessous de la paroi inférieure de la vésicule.

La première journée fut un peu agitée ; mais, le soir, la température

était tombée à 37° et les douleurs étaient considérablement diminuées ; un peu de subdelirium dans la nuit.

Le 24, le facies est meilleur, le pouls est plein, de fréquence à peu près normale, la température à 37°,2. Un lavement est suivi d'une garde-robe blanchâtre. Le pansement n'est pas taché et il coule peu de bile par la fistule.

Ce ne fut qu'au bout de quarante-huit heures que l'écoulement biliaire devint abondant et l'état général continua dès lors à s'améliorer. Le 29, il y eut une nouvelle élévation thermique, à 38°,5, accompagnée d'un peu de douleurs et d'abattement; les selles, qui avaient repris une coloration brunâtre, furent de nouveau, ce jour-là, décolorées : 600 grammes de sérum de Hayem, en injections sous-cutanée. Le lendemain la crise avait disparu et c'était la dernière.

A partir de ce moment, la guérison se poursuivit sans nouvel incident ; l'appétit était redevenu très bon, la bile fluait largement par la fistule ; les selles étaient normales; la teinte ictérique, encore très marquée durant les premiers jours, s'atténuait de plus en plus.

La bile, extraite de la vésicule au cours de l'opération, avait été examinée par M. Derocque, interne des hôpitaux, au laboratoire de l'hôpital Beaujon ; elle contenait en abondance le bactérium coli, à l'état presque pur. Le 23 octobre, un mois après l'établissement de la fistule, on préleva de nouveau un peu de bile dans l'intérieur de la vésicule M. Derocque retrouva le coli-bacille en quantité beaucoup moindre. Enfin, un dernier examen, fait quinze jours après, fit reconnaître encore quelques microbes, assez mal caractérisés ; il est regrettable qu'on n'ait pu en rechercher la virulence.

Pourtant, à ce moment, tous les accidents avaient cessé ; il n'y avait plus trace d'ictère et le malade, qui se levait toute la journée et qui se portait à merveille, n'attendait plus, et avec impatience, que l'occlusion de la fistule pour sortir de l'hôpital. L'écoulement biliaire avait, du reste, très notablement diminué, et devant l'excellent état général, le foie ayant, du reste, repris depuis longtemps ses dimensions ordinaires, il nous parut inutile de prolonger plus longtemps le drainage de la vésicule. Le 15 novembre, la cicatrisation était achevée et le malade quittait le service pour reprendre, quelques jours après, son travail.

Depuis lors, les douleurs n'ont pas reparu, toutes les fonctions sont parfaites et notre ancien opéré est aujourd'hui d'une santé florissante, comme vous pouvez en juger. La cicatrice est un peu large à sa partie moyenne, sans qu'il y ait pourtant de hernie à ce niveau, le palper ne révèle pas de sensibilité ; le foie a repris et garde son volume ordinaire, on ne sent pas la vésicule.

Nous avons donc eu affaire, ici, à une infection coli-bacillaire des voies biliaires, sans lithiase, tout au moins de la vésicule et des gros canaux sous-hépatiques, et cette infection se traduisait, depuis deux ans, par des crises douloureuses et fébriles qui étaient devenues de plus en plus fréquentes dans les derniers temps.

De plus, l'intervention a eu lieu au cours d'une de ces crises, la

dernière, plus aiguë et plus intense que toutes les autres, et pour remédier à des accidents d'infection généralisée, d'allure typhoïde, et menaçants, à bref délai. Ils ont cédé presque immédiatement au drainage de la vésicule et la chute thermique, constatée le soir même, a témoigné tout de suite des heureux effets de la cholécystostomie.

Il nous paraît utile d'insister sur les faits de ce genre, car ils démontrent l'excellence d'une opération simple et les résultats que nous en pouvons attendre. Chez notre malade, en effet, elle nous a permis de faire cesser des accidents suraigus d'une gravité indiscutable et, en même temps, d'appliquer à la cholécystite et à l'angiocholite déjà anciennes le seul traitement efficace que nous ayons en notre pouvoir : le drainage de la bile.

Discussion.

M. Michaux. — M. Lejars a-t-il fait examiner les matières fécales du malade dont il nous a parlé. J'ai vu des inflammations de la vésicule biliaire et du cholédoque existant sans qu'il y eut aucun calcul appréciable des voies biliaires et, dans les selles, l'examen microscopique permettait de constater la présence d'un grand nombre de petites concrétions calculeuses.

M. Lejars. — L'examen microscopique des selles n'a pas été fait. Mais elles ont été examinées grossièrement et jamais on n'y a trouvé de calculs.

M. Michaux. — L'examen microscopique est nécessaire, car on peut, au microscope, découvrir une lithiase très prononcée alors que l'examen à l'œil nu ne révèle rien.

Rapport.

Péritonite purulente généralisée. Laparotomie. Guérison, observation par M. le Dr Malapert (de Poitiers).

Rapport par M. RICHELOT.

M. Malapert, ancien interne des hôpitaux de Paris, vous a envoyé une interressante observation de péritonite purulente qu'il a traitée chirurgicalement et guérie.

C'est l'histoire d'une fillette de 9 ans et demi, bien portante, sans antécédents personnels ou héréditaires. Elle fait une chute sur le ventre

le 1er décembre 1896, et dès le lendemain éclatent des accidents abdominaux d'une extrême gravité, ballonnement, coma, température variant de 38 à 40°, etc. M. Malapert la voit pour la première fois le 21 décembre, trois semaines après le début ; malgré cette longue temporisation, les parents de la petite malade, bonnes gens de la campagne, n'admettent pas encore la moindre intervention, et c'est seulement le 27 que le médecin peut faire une ponction abdominale, qui donne 1 litre et demi de pus. Nouvelle temporisation jusqu'au 30 décembre, jour où l'enfant, amenée à Poitiers, est enfin confiée à M. Malapert.

Notre collègue incise la paroi abdominale après avoir vidé la vessie ; du premier coup de bistouri, il ouvre cet organe, adhérent au péritoine pariétal et dont le sommet était voisin de l'ombilic, disposition bien exceptionnelle dans les conditions présentes. Sans s'émouvoir, il ferme la plaie vésicale par trois plans de suture à la soie fine, et continue. Le péritoine ouvert donne issue à trois litres de pus franc, mêlé de fausses membranes. M. Malapert fait passer dans la cavité abdominale six litres d'eau stérilisée, contenant 100 grammes de liqueur de Van Swieten par litre (solution au dix-millième). Chemin faisant, il observe que le pus occupe le cul-de-sac de Douglas et les fosses iliaques, tandis que la masse intestinale et l'épiploon sont refoulés au-dessus de l'ombilic, ce qui, soit dit en passant, rend inexacte le titre de péritonite purulente *généralisée* qu'il a mise en tête de son travail. La péritonite, fort étendue il est vrai, était néanmoins circonscrite, et l'intestin protégé par des adhérences.

L'opérateur mit dans le cul-de-sac de Douglas un tamponnement de Mickulicz, et deux gros drains dans les fosses iliaques. Le tamponnement fut enlevé le 5 janvier ; la suppuration continua avec des températures variables, et fut combattue par des injections de liqueur de Van Swieten à travers le drain. La guérison était acquise le 16 janvier, jour où la petite malade put se lever.

M. Malapert fait suivre son observation de quelques remarques. Il se demande comment il aurait pu éviter la vessie qu'il avait eu soin d'évacuer, et qui avait contracté avec la paroi des adhérences tout à fait inusitées. Le fait est que nous ne voyons guère ces vessies remontées et s'offrant au bistouri que chez les femmes adultes, avec les gros fibromes qui bourrent le segment inférieur. Quoi qu'il en soit, la suture tint bon, et cette blessure vésicale n'eut aucune suite fâcheuse.

Un point plus intéressant, c'est la nature de cette péritonite suppurée. M. Malapert ne voit pas bien le rapport entre le traumatisme et les accidents abdominaux, en l'absence de toute rupture d'organe. Il n'y avait pas de perforation intestinale. Il n'y avait pas non plus d'appendicite. L'examen bactériologique et les cultures n'ont pas révélé le bacille de la tuberculose. Bref, notre collègue le rattache, faute de mieux, à la « péritonite idiopathique ou essentielle des jeunes sujets. »

A mon tour, je ferai quelques réflexions. Il faut noter d'abord la résistance de l'enfant, en dépit de la temporisation excessive qui n'est pas du fait de M. Malapert ; et la marche lente, relativement bénigne, de cette vaste suppuration péritoniale.

Je fais toutes mes réserves sur l'emploi de la liqueur Van Swieten en lavage le jour de l'opération, même au dix millième et dans un péritoine déjà infecté. Les injections consécutives, dans un foyer rétracté et bien circonscrit, sont moins sujettes à discussion.

Je crois aussi que le tamponnement de Mickulicz n'a pas nui, mais qu'il était superflu. La gaze, employée de cette façon, est utile pour séquestrer un foyer en créant des adhérences qui n'existent pas encore ; mais quand le foyer est déjà formé et les adhérences établies, ce qui importe, c'est le drainage. Or, la gaze ne draine pas ou draine insuffisamment; si on compte sur elle pour remplir cet office, elle peut être une source de danger en faisant de la rétention. Il faut donc, ou lui associer le drainage par les tubes, comme l'a fait M. Malapert; ou, quand elle est inutile, se borner au drainage, comme il aurait pu le faire.

Enfin, que dire sur la nature de cette péritonite suppurée? Le traumatisme tout seul n'explique rien ; ni perforation intestinale, ni appendicite ; la tuberculose me plairait mieux, même en présence d'un examen bactériologique négatif, tuberculose peut-être éveillée par le traumatisme. C'est à la tuberculose, en somme, que nous devons aujourd'hui attribuer la plupart des péritonites prétendues idiopathiques des jeunes sujets. En tous cas, j'aime mieux rester dans le doute que d'invoquer cette explication, singulièrement démodée, pour laquelle M. Malapert me paraît montrer un peu trop de complaisance.

Reproche bien peu grave, en vérité, et qui n'empêche pas l'observation d'offrir beaucoup d'intérêt. Aussi vous proposerai-je d'envoyer à M. Malapert, qui était, il y a peu de temps encore, un de nos meilleurs internes, et pour qui j'ai personnellement une grande estime et une vive affection, les remerciements et les félicitations de la Société de Chirurgie.

Discussion.

M. Quénu. — J'approuve les conclusions de M. Richelot, relativement à l'abus du tamponnement à la Mickulicz comme moyen de drainage; je suis d'avis aussi que, pour drainer, il faut un tuyau et que la mèche n'est qu'un pis-aller. Je veux insister sur un autre point, c'est qu'il ne faut point se hâter de croire qu'on a guéri une péritonite purulente parce qu'on a constaté l'étendue de la cavité et la possibilité d'introduire une canule dans l'une et l'autre fosse

iliaque; j'arrive enfin à la question difficile, c'est la détermination exacte de la nature de ces péritonites ou ascites purulentes.

J'apporte un fait qui démontre clairement que certaines péritonites purulentes peuvent être de nature tuberculeuse. En voici l'observation.

Mme B..., âgée de 30 ans, m'est adressée le 30 juin 1896 pour un gros ventre. Plusieurs enfants, le dernier il y a seize mois. A ce dernier accouchement, la malade ne garda le lit que trois à quatre jours. Au bout de ce temps et malgré qu'elle souffrit un peu du ventre, elle se leva afin de pouvoir soigner son nouveau-né atteint de conjonctivite purulente. Quelques semaines après elle dut consulter un médecin pour quelques pertes blanches.

Elle continuait à nourrir son enfant en mars dernier lorsque, brusquement, d'après elle, son lait fut supprimé, ce serait à cette époque que le ventre aurait commencé à grossir, sans du reste être le siège d'aucune douleur.

Comme antécédents personnels nous ne relevons que ce fait : « La malade a eu, pendant sa jeunesse, des tuméfactions ganglionnaires qui n'ont jamais donné lieu à aucune suppuration. »

Au moment de l'entrée à l'hôpital, le teint est pâle, mais l'état général n'est pas mauvais, l'appétit est conservé, les digestions se font bien, les selles sont quotidiennes, plutôt liquides, aucun signe à l'auscultation.

La température oscille autour de 38°.

Le ventre n'est pas douloureux à la pression ni à la palpation, il est très volumineux et n'occasionne que des sensations de pesanteur.

La percussion fournit une ligne de matité à concavité supérieure, la sensation de flot est confuse. La matité se déplace par les changements d'attitude, aucun signe anormal par le toucher vaginal.

Le *20 juin*, ponction sur la ligne médiane avec un trocart. Écoulement de 3^lit^,300 de liquide purulent verdâtre et fétide.

22 juin. — Temp. 38°,6.

23 juin. — Temp, 39°,8; le soir, aucune douleur.

Le ventre augmente de nouveau de volume et donne à la percussion une sonorité tympanique surtout accusée au niveau de l'ombilic.

En déprimant fortement la paroi on produit un bruit de clapotement très net.

30 juin. — Temp. 38° ; pouls très rapide. Deuxième ponction sur la ligne médiane. On retire 500 grammes de pus mélangé à des gaz, plus épais et plus fétide que la première fois. Le pus ensemencé sur gélatine et sur gélose, ne cultive pas; examen, négatif; inoculations négatives.

Analyse du liquide séro-purulent extrait par la première ponction. a été fait deux évaporations au bain-marie à 60°. La première, avec le liquide non filtré, a donné :

Résidu sec	71	grammes.
Eau	928	—

La deuxième opération, après filtration, a donné 58 grammes d'extrait. La différence (matières non dissoutes) donne 13gr,3 de matières non dissoutes, composées comme il suit :

1° Matières solubles dans l'éther ammoniacal (matières grasses odorantes, choléstérines) ;

2° Matières insolubles dans l'éther ammoniacal (globules du pus, globules sanguins), sels non dissous, entre autres, phosphates ammoniacaux magnésiens, 10gr,60.

Composition de l'extrait provenant du liquide filtré :

Chlorure de sodium	6,25
Phosphates	0,40
Albumines	0,35
Matières fixes	0,10
Sulfates	0,15
Chaux	0,33
Magnésie	0,09
Résidu non caractérisé, traces de fer, de silice (pas de sucre)	2,88
	10,10

Le *3 juillet*, laparotomie, incision médiane, ponction du péritoine avant son ouverture ; écoulement de gaz et de pus (6 litres). L'ouverture est agrandie de l'ombilic au pubis, le pus est aspiré, et ensuite entraîné par un lavage abondant (10 litres d'eau boriquée).

Exploration. — La main introduite dans le ventre atteint, à droite comme à gauche, le rebord des fausses côtes ; à la région épigastrique, une barrière est établie par l'adhérence de la face antérieure de l'estomac à la paroi abdominale.

En bas, la main passe librement de l'une à l'autre fosse iliaque ; directement en avant de la colonne vertébrale, la masse d'intestins grêles est recouverte d'un voile membraneux et tendu uniformément sur l'ensemble des anses. A droite, paraît le relief du cœcum, muni de son appendice dont l'extrémité adhère un peu au-dessous et à gauche de l'ombilic.

La cavité pelvienne est comblée par l'utérus qui adhère avec le péritoine pariétal postérieur, le fond de la cavité abdominale répond donc au fond de l'utérus et se trouve remonté à son niveau. De chaque côté de l'utérus, quatre ou cinq bourgeons saillants, rouges, représentent le pavillon des trompes, l'orifice est libre et admet un stylet.

En somme, il n'y a pas d'enkystement de la collection purulente, on peut dire que c'est plutôt l'intestin qui s'est enkysté en s'entourant d'un sac qui l'a, pour ainsi dire, rétropéritonéalisé.

Nous plaçons un gros drain dans chaque fosse iliaque et un au milieu.

Suites opératoires. — Un peu de dépression le jour qui suit l'inter-

vention. Le 4, la réaction s'est faite ; pansement quotidien ; injections de sérum.

Temp. : le soir 36°,2 ; le matin 37°,6.

Examen du sang. — Hémoglobine 70 0/0 ; globules rouges 4,588,000, globules blancs, 12,028.

On prélève chaque jour un peu du liquide des drains, on ne tarde pas à reconnaître que ce liquide renferme du staphylococcus albus (infection secondaire des drains).

L'état s'améliore néanmoins les jours suivants et l'alimentation devient abondante, à partir du 10, la fièvre reparaît, l'évacuation du liquide abdominal se fait mal. La température monte à 39°,4 le soir.

Le *31 juillet*, incision du cul-de-sac antérieur et placement d'un gros drain qui va de l'extrémité inférieure de la plaie abdominale au vagin. La fièvre tombe immédiatement pour ne plus reparaître dans les trois mois qui suivent.

Le *13 novembre*, la malade se sent tellement bien qu'elle réclame son exeat, elle garde un drain, mais huit jours après la scène change la malade commence à s'affaiblir de nouveau et, le 19 décembre, elle consent à rentrer de nouveau. Toux continuelle, râles sous-crépitaires surtout à gauche, phénomènes de paralysie et de contracture d'un côté, mort dans un état de cachexie profonde le 8 janvier 1897. A l'autopsie, on a constaté l'existence d'une cavité le long du cœcum ; le péritoine pariétal et l'intestin sont recouverts de granulations tuberculeuses, foie volumineux et gras. Trois calculs dans la vésicule biliaire, tubercules miliaires dans le rein.

Tuberculose miliaire du poumon.

M. Reynier. — Je suis de l'avis de M. Quénu, je n'aime pas le drainage à la Miekuliez, et pour drainer je préfère des drains.

Je ne crois pas que dans le cas de M. Malapert il se soit agi d'une péritonite généralisée.

Je ne connais pas d'exemple de péritonite généralisée qui ne tue pas après le long temps que la malade de M. Malapert a traversé avant l'intervention chirurgicale.

Je pense qu'il s'agissait là d'une péritonite enkystée et je crois, comme M. Richelot, que la nature de cette péritonite était tuberculeuse. J'appuie ma manière de voir sur l'exemple suivant :

Un homme était entré dans un service de médecine, où on le croyait atteint d'appendicite. On attend jusqu'à la période ultime et on le passe dans mon service. Le ventre était ballonné au maximum, le pouls misérable et il y avait de la cyanose des extrémités. Je l'opérai et, n'osant pas l'endormir, je lui fis une injection de cocaïne.

A peine le ventre ouvert, un ou deux litres de pus s'écoulèrent. Le foyer remplissant le ventre montait jusqu'à l'estomac, il avait

refoulé la masse intestinale, mais il était enkysté. Je drainai et le malade guérit.

J'aurais pu dire qu'il s'agissait d'une péritonite généralisée. Je crois plus vrai de déclarer qu'il s'agissait d'un abcès péritonéal enkysté. Cet homme rentra dans mon service six mois plus tard, il présentait un abcès siégeant au niveau du pariétal et un autre au niveau du fémur; ils furent tous deux incisés et on constata qu'ils étaient symptomatiques de lésions osseuses. On examina les poumons de cet homme, ils présentaient les signes sthétoscopiques démontrant l'existence de lésions tuberculeuses et les crachats examinés montrèrent des bacilles. Il s'agissait donc, chez cet homme, d'une péritonite suppurée tuberculeuse.

M. Brun. — Je ne partage en aucune façon l'opinion de M. Richelot et de M. Reynier, qui considèrent la péritonite dont on nous a rapporté l'histoire comme de nature tuberculeuse.

En effet, rien, dans le tableau clinique qui nous a été donné, ne rappelle la péritonite tuberculeuse et la description des symptômes reproduit au contraire absolument bien l'ensemble des phénomènes que nous sommes habitués à rencontrer dans la péritonite à pneumocoques.

J'ai vu cinq cas de péritonites à pneumocoques dans lesquels l'examen bactériologique n'a pu laisser aucun doute sur la nature exacte de la maladie et l'ensemble symptomatique de ces observations serait superposable à l'expression clinique de la maladie décrite par M. Malapert.

M. Kirmisson. — Je ne ferai qu'appuyer les remarques que vient de faire M. Brun. Comme lui, je trouve que les symptômes indiqués se rapportent à la péritonite à pneumocoques.

Je ferai aussi remarquer la tendance qu'ont ces péritonites à se porter vers l'ombilic. Rapprochez-vous donc de l'ombilic lorsque vous les incisez, ainsi vous éviterez l'ouverture de la vessie, comme cela est arrivé à M. Malapert.

Présentations de malades.

M. Reclus présente un malade atteint de fracture de jambe qu'il a traité par l'appareil ambulatoire. Cet appareil a été enlevé le trente et unième jour et on a placé sur la jambe une bande d'Helferich. Aujourd'huiquarante-neuvième jour, le malade marche bien.

Discussion.

M. Championnière. — La fracture du malade que nous présente M. Reclus n'est pas consolidée, et je profite de cette circonstance pour déclarer que j'estime que le traitement ambulatoire n'a aucun intérêt. Par le traitement ambulatoire, cet homme n'aura pas plus de souplesse des articulations avoisinant la fracture que si on l'avait massé et par la marche on a imposé à la jambe fracturée un poids qu'elle supporte difficilement, au risque qu'un chevauchement, qu'un faux mouvement retardât ou empêchât la consolidation.

M. Reclus. — Je m'expliquerai sur ces différents points dans la prochaine séance.

2° *Kyste hydatique postéro-supérieur du foie. Résection du bord inférieur de la cage thoracique. Incision large. Guérison.*

M. Ch. Monod. — J'ai tenu à vous présenter, avant qu'il ne quittât mon service pour retourner dans son pays, un malade auquel j'ai appliqué, pour la cure d'un kyste hydatique postéro-supérieur du foie, le procédé recommandé par M. Lannelongue[1] et par son élève, mon ancien interne et ami, M. le Dr Canniot, pour l'ouverture des abcès périhépatiques, à savoir *la résection extrapleurale du bord inférieur du thorax.*

M. Lannelongue et M. Canniot[2] pensaient que la voie d'accès qu'ils préconisaient pour les collections purulentes pourrait être un jour utilisée pour aborder les kystes de la face convexe du foie. Mais je ne sache pas que cette prévision ait été, jusqu'ici, réalisée.

Je réserve pour une publication ultérieure, les détails de la présente observation. Je me contente, en vous présentant le malade, opéré à la fin de décembre dernier et aujourd'hui guéri, de vous dire que j'ai pu, grâce à la résection des neuvième et dixième cartilages costaux et d'une partie du huitième, atteindre un kyste du foie, si profondément situé qu'il a fallu enfoncer l'aiguille à près de 10 centimètres pour la faire pénétrer dans la poche. Cette profondeur était telle que je n'ai pas osé, séance tenante, faire l'ou-

[1] Lannelongue, Résection du bord inférieur du thorax (*Congrès français de chirurgie*, 1888; *Comptes rendus*, t. III, p. 358. Cf. *Académie des sciences*, séance du 31 mai 1887).

[2] Canniot, De la résection du bord inférieur du thorax pour aborder la face convexe du foie (*Thèse de Paris*, 1891).

verture large de la cavité. Je me suis contenté, après avoir fixé le foie par des fils de soie à la paroi thoracique, de bourrer mollement la plaie avec de la gaze iodoformée. L'incision du kyste n'a suivi qu'au bout de huit jours. Par la brèche ainsi créée, j'ai pu, très peu après, extraire d'un coup toute la membrane kystique. La cavité s'est ensuite rapidement comblée.

Actuellement, la fermeture des parties molles est complète. Vous avez pu sentir, à travers les téguments, la perte de substance faite au thorax et constater qu'elle n'entraîne pour le malade aucune espèce de gêne fonctionnelle.

Je me suis assuré, par des recherches sur le cadavre, faites avec l'aide de mon interne, M. Vanverts — recherches qui ne sont que la reproduction, avec un peu plus de précision, de celles entreprises par M. Canniot — qu'il était possible, sans intéresser la plèvre, de réséquer du rebord thoracique un fragment suffisant pour que la main pénètre tout entière sous le dôme diaphragmatique et puisse explorer, sans l'abaisser, toute la face convexe du foie.

Présentation d'instruments.

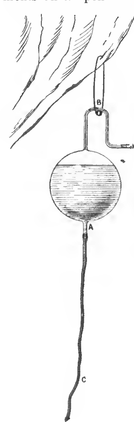
Appareil à injections de sérum.

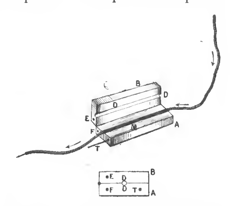
M. Quénu. — Je présente au nom de M. Chevretin, pharmacien, un appareil fort pratique pour les injections de sérum artificiel. Je dois d'abord déclarer que j'utilise presque exclusivement les njections sous-cutanées, ne trouvant pas indifférent de mettre brusquement au contact des globules rouges une solution saline.

Depuis plus de cinq ans, j'ai recours aux injections sous-cutanées à doses massives de 500 à 1,000 grammes, faites au moyen d'un appareil à pression d'air. L'inconvénient de cette méthode est la douleur qu'elle détermine. La distension rapide de la peau est très mal supportée par le malade. Aussi, ai-je accueilli comme un véritable progrès l'idée de M. Chevretin d'introduire lentement sous la peau le sérum artificiel à l'aide d'une simple aiguille de Pravaz. Son appareil se compose d'une ampoule de verre à deux branches diamétralement opposées : l'une, au pôle supérieur, recourbée, l'autre, au pôle inférieur, droite, destinée à s'adapter au tube de caoutchouc au bout duquel est l'aiguille. Ces ampoules, de capacité variable (100, 200, 500 grammes), sont remplies de sérum, stérilisées à l'autoclave et scellées.

Pour faire usage de l'appareil, on flambe rapidement la pointe de la branche droite (pôle inférieur), on la brise et on l'ajoute au

tube de caoutchouc préalablement stérilisé. La pointe de l'autre extrémité étant brisée, l'appareil est suspendu à 1m50 ou 2 mètres à l'aide d'une épingle anglaise; on laisse couler un peu de sérum pour chasser l'air du tube. Il ne reste plus qu'à piquer l'aiguille sous la peau. On applique sur l'aiguille enfoncée dans les téguments un tampon d'ouate boriquée et on n'a plus à s'occuper de





l'appareil que pour retirer l'aiguille. L'écoulement se fait à raison de 100 à 125 grammes par quart d'heure, sans déterminer de douleur notable.

J'ai engagé M. Chevretin à perfectionner son appareil en portant et en maintenant la température de l'ampoule à la température du corps, c'est-à-dire à 37°.

Le premier essai fut fait en plaçant l'ampoule dans une cloche de verre remplie d'eau chaude, mais la capacité de la cloche devrait être très grande pour que la température de l'eau se maintienne, aussi, voyant l'appareil se refroidir, M. Chevretin pensa à conserver la chaleur à l'aide d'un thermo-siphon. Des expériences furent faites sur le chien, à mon laboratoire, à l'amphithéâtre d'anatomie et sur mes indications : par une petite incision, on introduisait un thermomètre sous la peau et l'injection était faite au voisinage du thermomètre. La température initiale, qui était de 35° sous la peau, descendit assez rapidement à 24°, où elle resta stationnaire. La température du sérum dans l'ampoule étant de 45°, la déperdition de chaleur provenait évidemment du refroidissement pendant le passage dans le tube en caoutchouc. Il vint alors à l'esprit de M. Chevretin

l'idée de chauffer le sérum à son passage et à une faible distance de l'aiguille. L'appareil que je vous présente est formé de deux boites identiques réunies par une charnière qui permet de les appliquer l'une sur l'autre en faisant le même mouvement que si l'on fermait un livre. Chaque boîte est munie, dans le sens de la longueur, d'une rainure demi-cylindrique DD, de sorte qu'en appliquant les deux boîtes l'une sur l'autre on a un cylindre complet. Chacune de ces deux boites est remplie d'acétate de soude; l'une d'elles porte en outre une cavité T servant à placer un thermomètre. On sait que l'acétate de soude fond dans son eau de cristallisation au voisinage de 60° et absorbe de la chaleur; abandonné à lui-même, ce sel cristallise lentement en dégageant pendant plusieurs heures une température fixe de 56°. Voici comment on procède : pendant six à huit minutes, on plonge la boîte dans l'eau bouillante; on s'assure, à l'aide du thermomètre T, que la température est inférieure à 60°.

Sur la tige du tube injecteur en caoutchouc, on a interposé un tube métallique d'aluminium M de $0^m,20$ de long à $0^m,36$ ou $0^m,38$ de l'aiguille; on place le tube dans la rainure de la boîte qu'on ferme : le tube prend rapidement la température, c'est là que le sérum sera chauffé.

Des essais sur le chien nous ont permis de vérifier que, dans ces conditions, le sérum pénètre dans le tissu cellulaire à la température de 36° et que cette température est constante pendant toute la durée de l'injection.

En pratique, la boîte, enveloppée d'une serviette, sera posée sur une petite table qu'on approche tout contre le lit.

Présentation de pièces.

M. Brun. — Je présente à mes collègues un kyste ovarique à pédicule tordu, que j'ai enlevé ce matin. L'intérêt du fait est que la jeune fille opérée m'avait été envoyée comme atteinte d'appendicite. C'est le deuxième fait semblable que j'observe.

Discussion.

M. Routier. — J'ai récemment vu un cas semblable.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

Nélaton.

Séance du 24 mars 1897.

Présidence de M. Delens.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

M. le Président ayant appris la mort de M. de Saint-Germain, ancien président de la Société, propose de lever la séance en signe de deuil.

La séance est levée à 4 heures.

Le Secrétaire annuel,

Nélaton.

Séance du 31 mars 1897.

Présidence de M. Delens.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une demande de congé de M. Delorme ;

3° Une observation de M. Delanglade, intitulée : *Malformations congénitales multiples* (renvoyée à une commission dont M. Broca est le rapporteur) ;

4° Une observation de M. Delagènière.

Communication.

Cirrhose du foie et hépatoptose. Hépatopexie et cholécystostomie. Guérison,

Par M. HENRY DELAGÉNIÈRE (du Mans).

Observation. — La nommée S... (Juliette), âgée de 30 ans, maîtresse d'hôtel à Sillé-le-Guillaume, m'est adressée les premiers jours de janvier 1896, par mon confrère, le Dr Cohin.

Son père est mort d'une affection cardiaque et sa mère d'une attaque d'apoplexie. Elle a toujours eu une santé frêle et a longtemps souffert d'une adénite tuberculeuse du cou. Elle a été réglée à 15 ans. Sa menstruation a toujours été régulière. Elle a eu trois enfants, le dernier il y a 2 ans 1/2. Elle accuse des habitudes éthyliques tenant à sa profession. Elle estime qu'elle boit en moyenne de 5 à 6 litres de vin par jour.

Il y a dix-huit mois, elle éprouve une grande faiblesse générale. Les règles se suppriment et ne reparaissent qu'au bout de six mois. En juillet 1895, son ventre augmente de volume d'une façon progressive et régulière sans déterminer de douleurs. En octobre de la même année, nouvel arrêt des règles et augmentation rapide du volume du ventre.

Etat avant l'opération. — La malade est cachectique. Elle a l'aspect d'une strumeuse. Elle est extrêmement faible, n'a pas d'appétit et vomit les aliments solides, elle se plaint d'une douleur constante au creux de l'estomac, elle n'a jamais eu de jaunisse, mais a éprouvé des douleurs contusives localisées au côté droit. Jamais de coliques néphrétiques, les urines sont tantôt rares, tantôt très abondantes, elle affirme qu'elle contenaient du pus lorsque la sécrétion urinaire était réduite à son minimum.

Analyse d'urine.

Quantité par vingt-quatre heures....	660 centimètres cubes.
Aspect..............................	trouble
Odeur..............................	fétide
Coloration..........................	orangée
Réaction........	peu acide
Densité............................	1011
Urée...............................	8gr,85
Acide urique........................	3 grammes
Acide phosphorique..................	1gr,20
Albumine...........................	traces légères non dosables.
Dépôt..............................	floconneux contient du pus avec quelques locites

Le cœur et les poumons ne présentent rien d'anormal.

Etat local. — Le ventre est distendu du côté droit par une tumeur volumineuse. Cette tumeur se continue en haut avec le foie, elle dépasse la ligne médiane de deux travers de doigts, enfin elle descend jusque dans la fosse iliaque droite. Elle est dure, rénitente, douée d'une légère mobilité, elle est absolument indépendante des organes génitaux, ainsi qu'il est facile de s'en assurer en examinant la malade dans la position déclive.

Opération le 16 *janvier* 1896. — L'éther est donné par le D[r] Cohin. Je suis assisté par le D[r] Bolognési ; sont présents les D[rs] Mangenot et Peltier.

Sur le bord externe du muscle droit, du côté droit, je fais une incision verticale de 15 centimètres, en partant du rebord costal. La séreuse ouverte, je reconnais que la tumeur n'est autre que le foie. Cet organe est rouge jaunâtre, d'aspect graisseux. La surface externe présente des bosselures du volume d'une noix. Le bord tranchant est en bas et en l'accrochant, je puis soulever l'organe dont la mobilité est manifeste, il est en même temps augmenté de volume. Le ligament suspenseur du foie est énormément hypertrophié et il a l'aspect œdémateux ; il paraît s'étendre de haut en bas de l'ombilic vers le rebord du foie. En soulevant l'organe et le refoulant en haut, le ligament se tend et reprend sa forme normale. La main introduite sons le diaphragme rencontre le bord postérieur du foie qui est devenu supérieur et paraît retenu en arrière par une sorte de méso qui n'est autre que le ligament coronaire très allongé et attiré en avant. Dans son ensemhle, le foie a conservé sa forme, mais il est très augmenté de volume, l'encoche de la vésicule est très accentuée, la vésicule elle-même paraît volumineuse et ses parois présentent un aspect œdémateux particulier On ne trouve aucun calcul dans les voies biliaires. La réduction de l'organe à sa place normale est facile, il suffit de soulever le foie en haut et de repousser le bord postérieur en arrière, cette réduction est encore facilitée quand on place la malade dans la position déclive, on arrive ainsi à faire presque affleurer le rebord costal et le bord tranchant du foie.

En raison de l'altération du parenchyme hépatique d'une part et du déplacement de l'organe d'autre part, je me propose d'établir une fistule biliaire temporaire afin d'agir sur la cirrhose commençante et de fixer le foie dans sa position normale. Cette fixation me paraît facile à réaliser en fixant le bord tranchant de l'organe au rebord costal en arrière, le foie ne pourra glisser, retenu par le ligament coronaire et en avant, la paroi costale fournira un point d'appui suffisant.

Fixation du foie. — La glande est refoulée en haut dans sa position normale de façon que le fond de la vésicule réponde à l'ouverture abdominale. En dehors de l'échancrure, sur la face convexe du foie, je place six catguts destinés à la fixation de l'organe, selon la méthode enseignée par le professeur Guyon pour la fixation du rein. Ces fils sont distants les uns des autres environ de 15 centimètres. Chaque fil est double et un nœud est fait à son entrée et à sa sortie du paren-

chyme. Quatre sont à faux fil, deux en anse simple. Leurs anses plongent dans le tissu hépatique à 1 centimètre de profondeur et il y a 20 à 25 millimètres entre l'orifice d'entrée et celui de la sortie. Chaque faux fil comprend quatre orifices. Les deux du milieu laissent à découvert un centimètre des deux catguts tandis que les points hépatiques situés de chaque côté ont de 15 à 20 millimètres d'étendue et environ 1 centimètre de profondeur. Il en résulte que la glande hépatique présente sur sa face externe, en dehors de son échancrure et près de son bord tranchant une surface quadrilatère longue environ de 7 centimètres 1/2 et large de 4 centimètres, comprise par les fils et destinée à la fixation.

Il ne s'écoule pas de sang par les points de suture, grâce à la précaution prise d'employer une aiguille à surjet aussi fine que possible pour passer un catgut double aussi gros que possible (n° 3 de Repin). En outre, les nœuds placés à l'entrée et à la sortie du fil aident encore à l'hémostase.

Chaque fil est placé dans la paroi de la façon suivante. La ligne directrice est le rebord costal qui doit correspondre à l'interstice compris entre les orifices d'entrée et de sortie des fils, de telle sorte que le foie ainsi fixé dépassera un peu plus que normalement le rebord costal.

Les deux chefs postérieurs de chaque fil sont passés, séparément et à un centimètre de distance l'un de l'autre, à travers le rebord costal et les plans musculaires, la peau exceptée, puis ils sont noués vigoureusement. On fait ainsi six nœuds avec les douze chefs postérieurs. Les douze chefs antérieurs sont placés de la même façon, mais dans l'épaisseur de la paroi abdominale toujours en exceptant la peau qu'on a préalablement décollée, les deux premiers répondent à l'incision de la paroi abdominale, mais les suivants s'en éloignent progressivement et suivent l'incurvation du rebord costal.

Création de la fistule biliaire. — Cette fistule est créée à travers le rebord du muscle droit. Le placement des fils à la partie inférieure, présente des difficultés en raison de la saillie du rebord du foie, je suis obligé d'établir un drainage capillaire en ce point, en laissant deux fils d'attente sur la paroi en cet endroit. La paroi abdominale est suturée comme d'habitude. Pansement aseptique.

L'opération a duré une heure et demie.

Marche. — La température, normale le soir de l'opération, atteint 37°,8 et 38° les deux jours suivants, puis redescend progressivement à 37° pour ne plus varier.

Il s'écoule, pendant les premiers jours qui suivent l'opération, une quantité considérable de liquide muqueux et glaireux, légèrement opalin, mais ne ressemblant pas à de la bile. Ce liquide, dont l'examen actériologique a été fait par le Dr Belletrade, directeur du laboratoire départementale, contient : « un bacille, anaérobie facultatif, ayant quelque ressemblance avec le bactérium coli, commun. »

Le 29 janvier, ce liquide commence à prendre la couleur et l'aspect de la bile, les bacilles sont moins nombreux ; le 6 février la bile est

stérile. Je supprime alors le drain placé dans les voies biliaires afin de supprimer la fistule. Celle-ci donne issue à de la bile pendant huit jours encore. Elle est complètement fermée le 15 février. La malade quitte la maison de santé et rentre chez elle.

Etat à la sortie. — La malade a déjà repris l'apparence de la santé ; elle digère facilement le lait et n'éprouve aucune douleur abdominale. Sur le conseil du Dr Gilbert, de Paris, je prescris à la malade le régime lacté absolu pendant une année, puis une dose quotidienne de un centigramme de calomel.

La malade a suivi rigoureusement ce traitement. Sa santé s'est rétablie rapidement et complètement. Elle devient enceinte au mois de mai et accouche normalement dans les premiers jours de février 1897.

Le Dr Cohin qui a accouché la malade et qui a bien voulu l'examiner en détail, nous a donné les renseigements suivants, le 8 mars 1897.

« L'état général est excellent, la malade ne présente aucun trouble digestif et depuis deux mois elle prend la même nourriture que le reste de sa famille ; du côté du ventre, le foie occupe sa situation normale, il ne paraît pas déborder les fausses côtes. »

Cette observation nous permet de constater d'une part la guérison d'une cirrhose du foie sans ictère et d'autre part l'efficacité de l'hépatopexie dans l'hépatoptose.

Les travaux récents de Hanot, Chauffard, Terrier, Quénu et de leurs élèves[1] ont démontré que l'infection des voies biliaires par le tube digestif était possible.

Normalement, les voies biliaires ne contiennent pas de microbes si ce n'est à leur embouchure dans l'intestin, au niveau de l'ampoule de Vater. C'est de ce point que part l'infection dans certains cas déterminés et cette infection se traduit par la présence dans les voies biliaires, de certains micro-organismes. Par ordre de fréquence, on trouve le bactérium coli d'Escherich, le bacille d'Eberth[2], puis les streptocoques, les staphylocoques et pneumocoques.

Quel est exactement le rôle de ces micro-organismes dans la production des maladies de l'arbre biliaire et de la glande ? Tel est le point encore à l'étude et pour lequel les démonstrations expérimentales, les faits cliniques, les résultats de certaines interventions chirurgicales doivent encore laisser une certaine latitude à l'interprétation.

Au lieu de chercher une explication pathogénique nouvelle, nous pensons qu'au point de vue chirurgical on peut considérer le problème comme résolu et agir en conséquence.

[1] Voir *Thèse de Mignot* et *Thèse de Longuet.* Paris, 1896.

[2] DELBET, *Gazette des hôpitaux*' t. LXVII, p. 1325-1326. Paris, 1894.

Notre maître, M. Terrier[1], a attiré l'attention du monde chirurgical, en 1895, sur cette question, en rapportant des faits de guérison après drainage des voies biliaires non seulement pour des cas de cholécystites infectieuses, mais encore pour des angiochofites. La présence du pus n'est pas indispensable pour qu'il y ait infection.

A ce propos, nous rappellerons les paroles de M. Terrier : « Il existe un certain nombre d'angiocholites et de cholécystites qui ne sont pas suppurées et dans lesquelles cependant l'intervention chirurgicale est nécessaire, attendu que l'affection abandonnée à elle-même se termine par la mort. »

Sendler[2] sans arrêter les données du problème, puisque le siège de la lésion fut reconnu après la mort, a rapporté un cas intéressant d'angiocholite suppurée traité par l'hépatotomie. Est-ce le dernier stade de l'infection des voies biliaires dont la cholédochite serait le premier?

Or, dans cette chaîne ininterrompue du processus, quelle place assigner aux différentes cirrhoses du foie ? Est-ce illogique de les considérer comme une des conséquences de l'infection des voies biliaires, et dans ce cas, le chirurgien a-t-il le droit de recourir à la méthode sanglante ? Nous le pensons pour deux raisons principales. La première est que la médecine reste impuissante devant l'évolution des cirrhoses du foie. La seconde est que la désinfection des voies biliaires est réalisable chirurgicalement en pratiquant la cholécystostomie. Ce sont ces raisons qui nous ont fait pratiquer une fistule biliaire chez notre malade.

Nous avons été précédé dans cette voie par notre maître, M. Terrier, qui, en juillet 1890, fit une cholécystostomie pour une hypertrophie du foie avec ulcère. La malade guérit parfaitement de son affection hépatique.

A côté de cette intervention rationnelle, nous avions, en outre, connaissance de ces cas de laparotomies simplement exploratrices, pour affections hépatiques, et suivies soit d'une guérison complète, soit d'une amélioration notable (cas de Segond, de Routier, de Quénu). Dans ce dernier cas, il s'agissait d'un lobe gauche cirrhotique sans ictère, et l'opération consista simplement à sectionner quelques adhérences épiploïques.

Quoi qu'il en soit, notre observation ajoute un fait positif à la liste bien courte des interventions pratiquées pour cirrhoses du foie. La présence d'un bacille analogue au bacterium coli commune dans le liquide secrété après l'opération prouve tout au moins la

[1] TERRIER, *IXe congrès français de chirurgie*, 1895.
[2] *Deut. Beit. f. Chir.*, t. XL, p. 3-4, 366-410.

coïncidence de l'infection des voies biliaires et du développement de la cirrhose. La disparition de ce bacille après drainage de la vésicule démontre l'efficacité du drainage des voies biliaires. Enfin la rapide amélioration de la malade, puis la guérison définitive de sa cirrhose, sembleraient militer en faveur de l'origine infectieuse de certaines cirrhoses du foie sans ictère.

Notre conclusion sera donc que, parmi les différentes variétés de cirrhoses du foie avec ictère (cas de M. Terrier) ou sans ictère (notre cas), il en est un certain nombre absolument justiciables du traitement chirurgical, et le traitement consistera à pratiquer un drainage des voies biliaires en faisant une cholécystostomie temporaire.

2° Nous n'insisterons pas longuement sur l'hépatopexie proprement dite. Nous ne voulons attirer l'attention que sur la technique employée. La fixation doit être obtenue en créant des adhérences entre la face convexe du foie, la paroi abdominale et les cartilages costaux. Pour être solides, ces adhérences devront être larges et étendues. Afin d'éviter la section du tissu hépatique par les fils fixateurs, il nous a paru utile de multiplier ces fils et de recourir au moyen préconisé pour le rein par le professeur Guyon. En agissant ainsi, la fixation a été excellente au moment de l'opération, et elle est restée très bonne, puisque notre malade a pu mener une grossesse à terme sans en compromettre la solidité.

Au point de vue de la variété d'hépatoptose, nous croyons que, chez notre malade, il s'agissait d'une hypertrophie cirrhotique de la glande portant surtout sur le lobe droit et ayant amené une sorte de luxation de l'organe par bascule en avant.

A propos de la mort de M. de Saint-Germain.

M. Delens donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. de Saint-Germain :

« Messieurs, le docteur Louis-Alexandre de Saint-Germain, que la mort vient de nous enlever à l'âge de 61 ans, appartenait à la Société de chirurgie depuis 1867 et en avait été le président en 1881. C'est à ce titre que je viens, au nom de ses collègues, lui adresser ici un dernier adieu. Et vraiment c'est pour nous tous un sujet de douloureux étonnement que de voir disparaître avant l'heure ce maître sympathique, cet esprit alerte, qui pendant longtemps apporta à nos séances le tribut de son expérience et l'entrain de sa parole.

« Sa carrière avait été heureuse et brillante dès le début. Né à Paris en 1835, il était, en 1856, à 21 ans, nommé interne des hôpitaux. Ses succès, il les devait à une intelligence remarquable, à une facilité merveilleuse d'assimilation qui lui permit, sans effort apparent, de conquérir, dès 1865, le titre envié de chirurgien du Bureau central des hôpitaux.

« Deux ans plus tard, la Société de chirurgie le nommait membre titulaire et, en même temps, il entrait comme chirurgien adjoint de la Maternité à l'hôpital Cochin.

« Mais il ne devait pas persévérer dans la voie obstétricale, et dès qu'il le put, succédant à Giraldès, il prit possession du service de l'hôpital des Enfants malades qu'il a gardé jusqu'à sa mort.

« C'est dans ce service, où il a fait longtemps des cours très appréciés et très suivis par les élèves, qu'il a recueilli les matériaux de ses deux principales publications, ses *Leçons d'orthopédie*, qui datent de 1883, et ses leçons cliniques de *Chirurgie des enfants*, qui parurent l'année suivante.

« D'une ponctualité rigoureuse dans l'exercice de ses fonctions de chirurgien d'hôpital, il était, nul de ceux qui l'ont connu ne s'en étonnera, très aimé de ses petits malades qu'attirait sa physionomie souriante et son expansive bonté. Son succès dans la clientèle ne fut pas moins rapide, et la fortune ne tarda pas à lui sourire. Néanmoins, il resta toujours simple dans ses goûts.

« A la Société de chirurgie, dont il suivit assidument les séances jusqu'en 1888, époque où il demanda l'honorariat, il a pris part à toutes les discussions relatives à la chirurgie infantile, et tous ceux qui l'ont entendu se souviennent de la verve humoristique qu'il y apportait.

« Mais peut-être a-t-il mieux encore su donner sa mesure comme secrétaire général de notre Société. Quoi qu'il n'ait occupé que trois années cette charge très absorbante, il nous a fourni, dans trois éloges, ceux de Demarquay en 1878, de Bouvier en 1879 et de Dolbeau en 1880, l'occasion d'apprécier de remarquables qualités littéraires et une délicatesse de pensées à laquelle je tiens à rendre hommage.

« Messieurs, bien qu'ayant toujours trouvé en lui l'accueil le plus bienveillant, il ne m'a pas été donné de connaître intimement le Dr de Saint-Germain. J'ai pu toutefois, dans ces dernières années, entrevoir ce que devait être pour lui la vie de famille et me convaincre qu'il y avait trouvé tout le bonheur qu'il pouvait souhaiter. Assez philosophe, d'ailleurs, pour ne rien désirer au delà de ce qu'il avait obtenu de la fortune, n'ayant plus d'ambitions, il pouvait, étant de constitution robuste, espérer vivre encore de longues années, entouré de l'affection des siens. Et c'est précisé-

ment dans ses affections les plus chères qu'il devait être douloureusement frappé. La fin si imprévue de son second fils, le Dr Pierre de Saint-Germain, mort à Madagascar, fut pour lui, pour toute sa famille, un coup terrible. Notre collègue ne s'en est pas relevé.

« Il avait paru, pourtant, vers le milieu de l'année dernière, prendre sur lui de surmonter son chagrin. Au fond, il se sentait mortellement atteint. Le sommeil l'avait fui, et lorsqu'en décembre, après un court séjour, il revint de Toulon, où il avait cru un instant trouver le repos, sa santé était irrémédiablement détruite. Les derniers mois qui ont précédé sa mort n'ont été qu'une longue agonie.

« Entouré des soins les plus dévoués par la digne compagne de sa vie, assisté par son fils aîné et par quelques fidèles amis, il nous a quitté après avoir payé à la souffrance le cruel tribut auquel bien peu d'entre nous échappent. Nos regrets, du moins, le suivent au delà de la tombe, et nous les offrons à sa mémoire avec l'espoir qu'ils pourront peut-être adoucir la douleur des siens. »

A propos du procès-verbal.

Du trajet de la plèvre au niveau du bord inférieur du thorax.

M. Ch. Monod. — J'ai quelques mots à ajouter à la communication que je vous faisais à la fin de notre dernière séance, en vous présentant un malade auquel, pour atteindre un kyste hydatique postéro-supérieur du foie, j'avais pratiqué la *résection du bord de la cage thoracique*, suivant le procédé recommandé par MM. Lannelongue et Canniot pour l'ouverture des abcès de la même région.

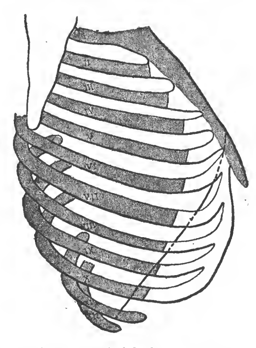
J'ai dit que, par ce moyen, on pouvait éviter l'ouverture de la plèvre, nécessairement intéressée lorsqu'on suit la voie transpleuro-thoracique d'Israël.

Mais encore, pour être certain de ne pas toucher à la plèvre, dans l'opération que je préconise, faut-il connaître exactement son trajet.

Ce point n'est pas fixé avec une précision suffisante dans les descriptions classiques, non plus que dans les schémas ou images qui figurent le cul-de-sac inférieur de la plèvre. Et cela par cette raison que ces dessins représentent le thorax vu de face ou de profil, tandis que, pour montrer ce que je désire mettre en évidence, il est nécessaire que la cage thoracique soit vue obliquement ou de trois quarts.

La figure ci-jointe, que je dois à mon fils et interne Fernand Monod, comble cette lacune. Elle a été dessinée sur les indications fournies par mon interne M. Vanverts, qui, à ma demande, a fait sur le cadavre quelques recherches à ce sujet.

Nous nous réservons de publier avec détails les résultats auxquels nous sommes parvenus dans un travail qui est en préparation. Je me contente de vous indiquer les conclusiens générales que l'on peut tirer de l'étude anatomique de M. Vanverts.



La plèvre, après avoir quitté le bord postérieur du sternum, recouvre le cartilage de la 6e côte tout entier, croise ensuite le cartilage de la 7e côte, ordinairement à une distance de 15 millimètres au plus en avant de la 7e articulation chondro-costale. Elle aborde la 8e côte, ordinairement sur la côte ou au niveau de son articulation chondro-costale, mais parfois aussi au niveau de son cartilage, mais passant alors à plus de 7 millimètres en avant de la 8e articulation chondro-costale. Pour la 9e et la 10e côte, la plèvre est toujours au niveau de la côte, jamais au niveau du cartilage ; elle est donc toujours en arrière de l'articulation chondro-costale, à une distance qui varie de 1 à 4 centimètres. Sur la 11e côte, enfin la plèvre la croise à une distance de 2 à 5 centimètres de son extrémité antérieure.

La plèvre est donc en rapport avec les *côtes* pour les 11e, 10e et

9e côtes. Elle recouvre le *cartilage* de la 7e côte sur une étendue de 15 millimètres au plus et le *cartilage* de la 8e côte sur une étendue de 7 millimètres au plus.

Il résulte de là qu'il est possible, sans blesser la plèvre, de réséquer :

1° L'extrémité de la 11e côte sur une étendue de 2 centimètres au moins ;

2° Les cartilages entiers des 9e et 10e côtes ;

3° Le cartilage de la 8e côte dans toute sa hauteur, à condition que la section commence à 7 millimètres en avant de la 7e articulation chondro-costale.

Il sera même permis d'abattre une partie du bord du cartilage de la 7e côte, à condition de rester à 15 millimètres en avant de la 7e articulation chondro-costale.

En d'autres termes, la section devra être faite :

Pour la 11e côte, à 2 centimètres de son extrémité ;

Pour les 10e et 9e, au niveau de leurs articulations chondro-costales ;

Pour la 8e, à 1 centimètre en avant de son articulation chondro-costale.

Si l'on touche à la 7e, on se contentera d'écorner son cartilage, et cela seulement en avant d'une ligne passant à 15 millimètres en avant de la 7e articulation chondro-costale.

Sur le dessin ci-joint, la plèvre est figurée parcourant le trajet le plus bas qu'elle puisse suivre. Tout le fragment thoracique situé en avant et au-dessous de la ligne qu'il représente peut être enlevé sans danger.

J'ajoute que, quelle que soit l'importance de ces indications minutieuses, il ne faudrait pas trop s'émouvoir d'une légère blessure de la plèvre à ce niveau. J'ai la certitude de l'avoir atteinte avec l'aiguille à suture chez ma malade, lorsque j'ai fixé le foie à la cage thoracique ; cette piqûre n'a eu aucun effet fâcheux.

Le point capital, je l'ai dit et tiens à le répéter, c'est que, par ce procédé mieux que par tout autre, on s'ouvre une large voie pour aborder la face convexe du foie.

Communication.

Angiocholite ; traitement chirurgical,

Par M. QUÉNU.

M. Lejars nous a communiqué l'histoire d'un malade atteint d'angiocholecystite qu'il a traité par la cholécystotomie et qu'il a guéri

Je vous ai présenté, au mois de novembre, un malade dont l'observation ressemble absolument à celle de M. Lejars et sur lequel je n'ai remis qu'une courte note, je vous demande la permission de la compléter aujourd'hui et d'y ajouter quelques réflexions.

Un malade, âgé de 43 ans, cimentier, me fut adressé à l'hôpital Cochin au milieu de juin 1896, par mon collègue M. Barth. Bien portant jusqu'à il y a dix-huit mois, cet homme avait été pris, à cette époque, de douleurs violentes dans l'hypochondre droit, avec irradiations dans l'épaule droite, vomissements et subictère consécutifs. Le médecin porta le diagnostif de colique hépatique.

Après cette crise, la santé se rétablit et se maintint bonne jusqu'au commencement d'avril 1896. Alors survinrent deux ou trois fois par semaine des coliques très violentes avec irradiations d'un hypochondre à l'autre et durant près d'une heure.

A la fin de mai, l'état s'aggrava, les douleurs, d'intermittentes, devinrent continues et le malade se décida à entrer à l'hôpital Broussais.

M. Barth constata un foie volumineux, débordant de deux travers de doigt les fausses côtes, avec prédominance de la douleur à la pression, au niveau de la vésicule. Rate hypertrophiée ; teinte subictérique de la peau. Température : 88°,5, pouls : 108. Malgré un traitement actif, l'état empira, la température s'éleva à 40° et le malade nous fut adressé. Le 16 juin 1896, nous constatons l'état suivant : État général très mauvais; le facies est presque typhique; le malade répond à peine aux questions qu'on lui pose. Il se plaint de douleurs dans tout le ventre. La teinte ictérique est généralisée aux téguments et aux muqueuses. Le foie mesure 18 centimètres sur la ligne mamelonnaire; la rate est grosse. La langue est sèche. Constipation : les selles, obtenues par un lavement, sont complètement décolorées. Le peu de fréquence du pouls (68) contraste avec la température qui monte à 38°,9. Quelques râles à la base des poumons.

Les urines sont foncées, contiennent des acides et des pigments biliaires et de l'indican. Ni sucre ni albumine.

Le 19, le thermomètre s'élève au-dessus de 40°. Le 22 juin nous pratiquons la laparotomie sur le bord externe du muscle droit; nous commençons par pratiquer une exploration méthodique des voies biliaires. Nous reconnaissons que la vésicule ne renferme que de la bile et pas de calculs; le canal cystique et le cholédoque sont tour à tour explorés : le doigt pénètre facilement dans l'hiatus de Winslow, nos recherches sont rendues faciles par l'absence de péritonite péri-vésiculaire et péri-hépatique.

Je me décide à créer simplement une fistule biliaire. Je rétrécis d'abord l'ouverture abdominale, puis je fixe le fond de la vésicule biliaire à la paroi et pratique une toute petite ouverture, comparable à celle qui est d'usage dans les gastrotomies. Deux points de suture réunissent la muqueuse à la peau. Un tout petit drain est laissé dans l'orifice.

Le soir de l'opération la température tombe à 35°,9, se relève vite à

36°,6, ne dépasse 37° de 3 dixièmes qu'une seule fois, le lendemain, et oscille ensuite entre 36°,8 et 37°.

L'état général s'améliore parallèlement à la chute thermométrique, la teinte ictérique s'efface. Les selles deviennent colorées. Par la fistule s'écoule une grande quantité de bile foncée verdâtre. Les cultures de cette bile prises pendant l'opération nous démontrent qu'elle fourmille de bactérium coli.

Le 3 juillet, l'écoulement de bile est toujours abondant, le liquide est moins foncé et moins trouble. Je fais peser le pansement avant son application et au moment de son enlèvement. Je trouve une différence de 350 grammes en plus : ce chiffre indique la déperdition approximative de bile en vingt-quatre heures ; les urines sont peu colorées, les matières sont blanches : il faut en conclure que la sécrétion quotidienne, qui est normalement de 1,000 grammes, est en forte diminution.

Le 22 juillet, la quantité de bile s'écoulant par la fistule a beaucoup diminué, les matières sont légèrement colorées.

Le 23, accès de fièvre avec douleurs abdominales généralisées.

On observe dans le pansement une bile beaucoup plus verte que les jours précédents.

Le 5 août, deuxième accès de fièvre ; frissons, phase de chaleur et transpiration abondante.

Un troisième accès de fièvre survient le 15 août ; c'est le dernier jusqu'à la sortie de l'hôpital, c'est-à-dire le 13 septembre.

Le 24 octobre le malade revient se faire examiner ; il se trouve très bien, présente toutes les apparences de la santé et a repris son travail depuis un mois. La fistule biliaire s'est spontanément refermée il y a trois semaines, c'est-à-dire exactement quatre mois après l'opération. Le foie ne déborde pas les fausses côtes ; il existe une légère excavation dans l'étendue de 2 centimètres.

Si je rapproche cette observation de celle de M. Lejars, je constate que, dans les deux cas, le malade a commencé par des crises douloureuses, simulant à s'y méprendre la colique hépatique ; or, nous savons actuellement que ce syndrome n'assure aucunement l'existence d'une lithiase mais qu'il n'est que l'expression de la souffrance du foie. Si j'ajoute à ces douleurs abdominales, d'abord intermittentes puis continues, l'existence d'un ictère plus ou moins accusé, la décoloration des selles, la fièvre, l'augmentation de volume du foie, un mauvais état général, accusé par du subdelirium et la sécheresse de la langue, j'aurai complété le tableau clinique d'une infection biliaire par le coli bacille.

Lorsqu'un pareil état dure depuis quelques semaines sans qu'aucune amélioration succède à la thérapeutique médicale, c'est-à-dire à l'usage du calomel à petites doses, aux antiseptiques intestinaux, au régime lacté, etc, l'indication d'une intervention chirurgicale me paraît incontestable. Cette intervention chirurgi-

cale est d'abord une opération exploratrice : nous savons, en effet, par la clinique qu'il y a de l'infection biliaire, nous ignorons le plus souvent si cette infection est ou non d'origine lithiasique.

Nous avons donc le devoir d'explorer minutieusement les voies biliaires extra-hépatiques depuis la vésicule jusqu'au cholédoque.

En l'absence de calculs biliaires quelle est la meilleure conduite à tenir? Nous avons pour assurer l'écoulement de la bile trois procédés :

La création d'une fistule biliaire cutanée ;

La création d'une fistule biliaire gastrique ;

La création d'une fistule biliaire intestinale.

S'il existe, soit dans les parois du cholédoque, soit sur le trajet de ce conduit, une cause d'obstruction qu'on ne puisse lever, telle une tumeur du pancréas, il est incontestable que nous n'avons pas le choix : c'est à l'anostomose chole cysto-duodénale ou gastrique qu'il faut recourir.

En dehors de ces faits, j'estime que la fistule cutanée est infiniment préférable aux deux autres. Elle a pour elle ce premier avantage d'être rapide dans son exécution, d'être facile, or il ne faut pas oublier que les malades que nous opérons sont toujours dans un état grave et que c'est précisément la gravité de leur état qui nous les font opérer. Le second point, c'est qu'il n'est peut-être pas indifférent, si l'on veut désinfecter les voies biliaires envahies par le bactériumcoli, de les mettre largement en communication avec un segment intestinal.

Il est très remarquable de voir d'après les observations de MM. Terrier, Lejars, et d'après le processus, combien rapidement l'état général se transforme après la création d'une fistule biliaire; il semble que cette fistule agisse, non seulement sur l'excrétion de la bile, mais sur sa sécrétion elle-même, cette sécrétion est incontestablement diminuée de par l'infection par le coli bacille. Peu à peu les voies biliaires se désobstruent, la bile coule en plus grande quantité par la fistule, puis un peu de bile passe dans l'intestin et les matières se recolorent. Je relève encore dans les observations la possibilité de petites poussées fébriles survenant plus ou moins longtemps après l'opération. Il serait enfin très intéressant de rechercher dans quelles proportions numériques s'accomplit la fermeture spontanée des fistules biliaires.

Si je suis très partisan de la fistule biliaire cutanée dans l'angiocholite non calculeuse, je dois reconnaître que l'établissement de cette fistule n'est pas toujours possible. L'observation suivante en témoigne.

Mme M. nous est adressée en octobre 1896, pour un ictère chronique

et des douleurs hépatiques. Cette femme, âgée de 35 ans, grande, obèse, fait remonter sa maladie actuelle au mois de juillet 1896. Jusque-là santé excellente, sauf une fièvre typhoïde en 1894.

En juillet 1896, étant enceinte de six mois, Mme M. fut prise subitement de douleurs vives au creux épigastrique avec irradiation dans l'épaule droite et le long des fausses côtes du côté droit. L'intensité de ces souffrances était telle que la malade se roulait dans son lit. Quarante-huit heures après elle devint jaune.

Les douleurs se calmèrent, puis réapparurent à intervalles rapprochés, durant une période de trois semaines. On ne rechercha pas les calculs dans ses selles.

Au mois de septembre, les douleurs étaient minimes, mais l'ictère persistait, les démangeaisons intolérables, les matières étaient totalement décolorées.

L'accouchement, le 28 septembre 1896, fut le signal d'une nouvelle crise douloureuse, ces crises devinrent bi-quotidiennes. Quinze jours après l'accouchement, qui fut rapide et non suivi d'aucune complication puerpérale, la fièvre fit son apparition. Au début l'accès survint tous les deux jours, puis il devint quotidien, présentant les stades classiques d'un accès de fièvre intermittente. Actuellement (fin nov. 1896), la fièvre est quotidienne, chaque soir le thermomètre monte à 38°,4; 38°,6; parfois 39°.

La teinte ictérique est prononcée sur tout le corps, les matières sont décolorées, les urines ont une couleur acajou, la langne est épaisse, chargée d'un enduit gris-jaunâtre. L'appétit est nul, le lait est le seul aliment supporté depuis deux mois, il est quelquefois vomi.

A la palpation abdominale profonde, douleur vive dans tout l'hypochondre droit; on sent le foie déborder les fausses côtes de 5 à 6 travers de doigt, on ne perçoit pas la vésicule.

On porte le diagnostic de lithiase biliaire probable avec infection des voies biliaires.

Opération le 30 novembre 1896; incision latérale : le foie déborde de 4 bons travers de doigt le rebord des fausses côtes; nous trouvons avec peine la vésicule biliaire qui est très petite, atrophiée, adhérente au colon transverses; elle ne renferme aucun calcul; l'index gauche est introduit dans l'hiatus de Winslow, pendant que la main droite explore la face antérieure de l'épiploon gastro-hépatique : on a de la sorte le pédicule du foie et le cholédoque entre les deux mains et aucun calcul du cholédoque ou de l'hépatique ne saurait échapper. Le hile du foie est exploré sans résultat; nous trouvons seulement quelques ganglions tuméfiés mais non indurés, sans apparence néoplasique. La tête du pancréas et la deuxième portion du duodénum n'offrent aucune consistance anormale.

Ces opérations, très méticuleusement faites et prolongées, nous assuraient qu'il n'existait à l'heure actuelle aucun calcul dans les voies biliaires extra-hépatiques. D'autre part, du 16 novembre au 30, on avait inspecté les garde-robes sans y rencontrer de concrétions.

Quoiqu'il en soit, en présence de phénomènes d'infection biliaire,

nous aurions voulu établir une fistule cholécysto-cutanée, il nous fut impossible d'y songer sérieusement tant la vésicule était atrophiée et ratatinée.

La seule façon d'établir une fistule eût été de ponctionner la vésicule et d'établir, tant bien que mal, un trajet avec les débris d'adhérences. Nous préférâmes nous abstenir et le ventre fut simplement refermé.

La température, la veille du soir de l'opération était de 38°,7; le matin elle était de 38°,5. Elle tomba le soir de l'opération à 36° et, du 1er décembre au 15, elle oscilla entre 36°5, et 37°,1 ou 37°,2.

L'amélioration ne se borna pas à la disparition de la fièvre; le troisième jour après l'opération, la malade éprouva un très grand soulagement, la sensation d'appétit reparut, le sommeil devint bon, l'ictère diminua sensiblement. Du 1er au 15 décembre aucun vomissement; la viande, le pain sont digérés. Le 15 et le 17 il y eut une ascension thermique vespérale, l'état général demeurant satisfaisant.

Entre le 18 et le 30, cette poussée vespérale reparut tous les deux ou trois jours; la malade quitta l'hôpital le 31, très améliorée au point de vue des forces, de l'appétit et de l'ictère.

J'ai eu l'occasion de la voir en février et tout dernièrement, le 28 mars. Les accès fébriles n'ont pas reparu; l'état général est parfait et aucune teinte ictérique ne persiste.

Il m'a paru intéressant de rapporter tout au long cette observation dans laquelle l'action de la laparotomie ne me paraît pas pouvoir être contestée.

On pourrait à la rigueur ne voir dans l'amélioration subite, dans la disparition des phénomènes d'intoxication biliaire d'une part et d'autre part l'intervention chirurgicale, qu'une simple et fortuite coïncidence, si contre cette interprétation ne s'élevaient des faits déjà en nombre suffisant, tels que ceux de Routier et de Terrier et des cas analogues rapportés dans la thèse de Longuet. J'incline à penser que le secret de cette action chirurgicale doit résider précisément dans les manœuvres d'exploration du cholédoque, manœuvres qui peuvent avoir pour résultat l'évacuation par une sorte de massage du contenu épais du canal commun et de la sorte favoriser le dégorgement des voies biliaires. Ce n'est évidemment qu'avec des faits plus nombreux que pourra s'éclaircir cette histoire encore obscure des infections biliaires.

Rapport.

De l'amputation totale du pied par le procédé de Syme,
par M. Potherat.

Rapport par M. E. KIRMISSON.

Messieurs, dans la grande révolution chirurgicale actuelle, nous voyons sombrer tous les jours les principes sur lesquels semblait le plus solidement établie la pratique de notre art, et il n'est pour ainsi dire pas une seule question chirurgicale dont l'étude ne doive être reprise *ab ovo*. Les amputations des membres ne pouvaient échapper à ce travail de revision générale. Autrefois, on cherchait dans les conditions anatomiques l'explication de la stagnation et de l'infiltration du pus, conduisant trop souvent à l'infection purulente, ce terrible fléau des amputés. Aujourd'hui, nous savons que ces conditions anatomiques doivent être reléguées au second plan, et qu'avec une antisepsie rigoureuse, toutes les amputations sont capables de donner des résultats satisfaisants, pourvu d'ailleurs que les lambeaux soient convenablement disposés pour le rôle mécanique qu'ils doivent remplir. C'est ainsi, par exemple, qu'on reprochait autrefois à la désarticulation du pied par le procédé de Syme de laisser à sa suite une cavité répondant à la coque talonnière admirablement disposée pour la stagnation du pus. Et le reproche n'était que trop fondé; non seulement on avait de la stagnation purulente, mais souvent même de la gangrène des lambeaux. Aujourd'hui, avec une antisepsie parfaite et un bon drainage du moignon, ces dangers ne sont plus à craindre, et comme d'ailleurs le lambeau postérieur formé par la peau du talon est admirablement disposé pour supporter le poids du corps, on comprend que l'opération de Syme présente toutes les conditions requises d'une bonne amputation. C'est à cette thèse qu'est consacré le mémoire de M. Potherat dont je dois vous rendre compte et qui est basé sur 40 observations. L'une des opérées de M. Potherat vous a d'ailleurs été présentée antérieurement (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 24 juin 1896), et vous avez pu constater chez elle toute la valeur du résultat fonctionnel.

M. Potherat insiste seulement sur la nécessité qu'il y a à imprimer au procédé primitif de Syme certaines modifications essentielles. Celles-ci consistent à tailler de dehors en dedans les lambeaux, puis à faire la désarticulation avant de procéder à la dissection de la face profonde du lambeau plantaire dans lequel devront être soigneusement conservées toutes les parties molles logées dans la gouttière calcanéenne. Je m'associe sans réserve à

ces propositions, mais je me permettrai de rappeler à l'auteur qu'elles sont déjà de date ancienne, étant formellement indiquées dans les traités de nos maîtres Alphonse Guérin et Farabeuf. M. Potherat fait bon marché de la conservation du périoste, sur laquelle a insisté notre éminent collègue, M. Ollier, avec juste raison. Qu'elle complique l'opération, qu'elle la rende à la fois plus longue et plus difficile, c'est ce qu'on ne saurait nier; mais les résultats qui nous sont présentés par M. Ollier, dans son *Traité des résections* sont tellement avantageux que cette conservation du périoste me semble devoir être recommandée dans tous les cas où elle sera possible.

Je suis donc tout disposé à me ranger à l'avis de M. Potherat et à considérer l'amputation de Syme comme une bonne opération, mais à la condition d'y voir seulement une opération de nécessité et jamais une opération de choix. Toutes les fois, en effet, que les conditions anatomiques s'y prêteront je lui préfère de beaucoup l'amputation ostéoplastique de Pirogoff qui, dans tous les cas où j'y ai eu recours, m'a donné d'excellents résultats. Et puisque l'occasion s'en présente, je ne résiste pas au plaisir de vous montrer le moulage du moignon d'un petit jeune homme de 14 ans, chez lequel j'ai pratiqué le 3 mars dernier l'amputation de Pirogoff pour une tuberculose étendue du pied qui ne permettait plus la conservation. Il nous a quitté le 25 juin, au bout de trois mois et demi, par conséquent avec un moignon parfaitement solide, très bien conformé, comme vous le voyez, et supportant admirablement le poids du corps.

Ces réserves faites, je vous propose, Messieurs d'adresser nos remerciements à notre collègue M. Potherat en déposant son travail dans nos archives.

Discussion.

M. Berger. — J'ai fait autrefois l'amputation de Pirogoff, en adoptant la modification opératoire désignée sous le nom de Pasquier-Lefort, j'en ai obtenu de bons résultats; mais quelquefois la soudure au tibia du fragment de calcanéum conservé se fait mal et j'avais eu l'idée de fixer ce fragment de calcanéum au tibia à l'aide d'une tige d'ivoire. Idée mauvaise que j'ai abandonnée après un insuccès.

Somme toute, après avoir essayé des amputations ostéoplastiques, je suis revenu à l'amputation tibio-tarsienne de Syme. En suivant le conseil d'Ollier je décortique la face postérieure du calcanéum; j'ai ainsi un moignon bien matelassé, et de plus, la coque épaisse que je conserve empêche les fusées purulentes de se faire le long du tendon d'Achille. Car, dans l'opération de Syme que vous ferez

souvent pour des suppurations du tarse il ne vous sera pas toujours possible de désinfecter absolument la région.

M. Le Dentu. — Je suis de l'avis de M. Berger; pour obtenir un bon résultat avec l'opération de Pasquier-Lefort il faut que le calcanéum, soit sain. Sinon on est exposé à des suppurations et à un mauvais résultat. Pour obtenir l'adhésion du fragment de calcanéum conservé au tibia il n'est point besoin de suture osseuse mais il faut, par un pansement soigné, bien appliquer l'une contre l'autre les surfaces osseuses sectionnées.

M. Jalaguier. — J'ai fait deux fois l'amputation de Syme en suivant le manuel opératoire enseigné par Farabeuf. Les 2 opérations m'ont donné un parfait résultat. L'une avait été pratiquée pour remédier à un traumatisme du pied, la seconde était dirigée contre une tumeur blanche du tarse. Cette seconde opération avait été faite sur un belge en 1888. Or, le résultat fonctionnel fut tel que cet homme put dans les années suivantes aller deux fois de Paris à Bruxelles à pied. De temps en temps, il me venait voir et se transportait rapidement de Pantin où il habitait à l'hôpital Trousseau.

M. Kirmisson. — Mon avis est que l'amputation de Syme est une excellente opération un peu trop oubliée et qui mérite d'être réhabilitée. Lorsque le Pirogoff est possible, j'avoue que je préfère cependant cette dernière opération. Pour que la soudure osseuse se fasse bien il n'est pas besoin de recourir à la suture osseuse; il suffit de bien réunir les lambeaux et de ne pas faire de lambeaux trop grands. Avec des lambeaux non pas petits mais suffisants on a une coaptation parfaite et des parties molles et des os.

Présentations de malades.

1° *Rupture ancienne du moyen adducteur traitée avec succès par la suture.*

M. Delorme. — Je vous présente un malade, le nommé Bl..., du 1er cuirassiers, que j'ai guéri d'une rupture musculaire du moyen adducteur par le procédé de suture que j'ai décrit en 1894, à la Société de chirurgie.

La rupture datait de 1893, elle était totale comme l'opération le montra et répondait aux insertions inférieures du muscle. La tuméfaction, permanente, présentait le volume d'une orange et devenait plus

dure pendant la contraction libre ou entravée du muscle. Au-dessous d'elle, on ne retrouvait pas de dépression transversale, mais une corde fibreuse du volume du petit doigt, qui se prolongeait jusqu'au fémur.

Par une longue incision plutôt antérieure qu'interne, pour éviter tout froissement de la cicatrice pendant les exercices d'équitation, j'ai mis à découvert la tuméfaction musculaire et la corde fibreuse qui s'insérait plus près de sa face postérieure que de son centre. Je dégageai avec des ciseaux les fibres musculaires qui, après s'être recourbées en

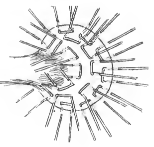


Fig. 1.

demi-cercle, s'inséraient sur cette corde, et par de nombreuses sutures de soie, disposées en étages, je les fixai sur la corde et à la gangue fibreuse très résistante qui l'entourait, les sutures les plus profondes étant assujetties moins bas que les moyennes, les moyennes moins bas que les superficielles, et ces dernières aussi près que possible des insertions fémorales.

Cela fait, l'aponévrose fut suturée. Après l'opération, la tuméfaction avait disparu.

Réunion par première intention, pansement immobilisant et compressif maintenu pendant un mois.

Le résultat, deux mois et demi après l'opération, est le suivant : cicatrice linéaire, non adhérente, non soulevée au repos, à peine soulevée pendant la contraction du muscle. Au niveau du tiers inférieur de l'incision, on sent une saillie arrondie, des dimensions d'une petite noix, qui répond à un aggloméràt de sutures.

Cet homme est actuellement capable de contracter un nouvel engagement, ce qu'il n'eut pu faire avant l'opération.

Le résultat est donc satisfaisant.

Discussion.

M. Le Dentu. — Dans un cas semblable où le droit antérieur avait été rompu, j'ai eu recours au procédé suivant : j'ai découvert un énorme amas fibreux correspondant à la déchirure musculaire cicatrisée, j'ai excisé ce magma fibreux, puis j'ai divisé par une incision verticale le faisceau musculaire supérieur, et ayant

écarté chacune de ses 2 moitiés, j'ai suturé entre elles le tendon du triceps.

M. Delorme. — Le procédé que vient de nous indiquer notre collègue M. Le Dentu est certainement intéressant. Il est très différent de celui que j'ai employé. Je crois que quand l'excision de masses cicatricielles douloureuses est inutile, et c'était le cas ici, il est préférable d'avoir recours à une suture qui tend à rétablir des insertions presque physiologiques.

2° *Restauration d'une perte de substance palatine par un lambeau labio-jugal.*

M. Delorme présente un deuxième malade, le nommé Dur...., du 4e bataillon d'infanterie légère d'Afrique, chez lequel il a oblitéré une perte de substance de la voûte palatine, à l'aide d'un lambeau muqueux emprunté à la face interne de la lèvre supérieure et surtout de la joue.

La perforation d'origine syphilitique, avait les dimensions du pouce; elle répondait, comme l'indique le schéma (*fig.* 2) à la partie antéro-latérale droite de la voûte et n'avait pu être comblée par le procédé autoplastique par glissement. Le malade avait perdu à droite ses incisives, sa canine et une molaire. M. Delorme circonscrivit un lambeau muqueux, épais, arrondi, à la face interne de la joue et de la lèvre supérieure; il le prolongea près de la ligne médiane de cette lèvre, où il lui ménagea un large pédicule et, le rabattant sans torsion, sa surface cruentée restant buccale, il le fixa aux bords de la perte de substance décollés et avivés.

La portion arrondie du lambeau, de dimensions supérieures à celle du pouce qui devait servir à combler la perte de substance, fut prise un centimètre en arrière de la commissure droite des lèvres, sur la joue, et c'est son pédicule, large d'un travers de doigt, qui répondait à la face interne de la lèvre. Sutures transversales à la soie pour réunir les bords de la surface cruentée jugale, sutures verticales pour unir ceux de la lèvre.

L'opération avait été faite le 12 mai 1896, le pédicule fut coupé plusieurs mois après.

M. Delorme constata alors que le lambeau, bien pris, très réduit par le fait de sa rétraction, avait gagné en hauteur ce qu'il avait perdu en circonférence, et qu'il comblait toute l'épaisseur de la perforation.

Un nouvel avivement de la partie antérieure de la perte de substance, au niveau du pédicule sectionné, permit d'achever la coaptation du lambeau.

Le résultat est le suivant: cicatrice interne de la joue et de la lèvre

insignifiante, n'entraînant aucune déformation extérieure; lambeau épais, résistant, cicatriciel seulement en un point, bien tendu sans l'être trop. Il est très réduit, grâce à la rétraction qu'il a exercée sur la

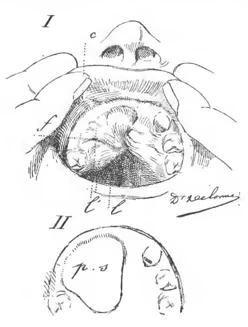


Fig. 2.

muqueuse périostique voisine, laquelle, par sa traction, a comblé en arrière plus d'un tiers de la perte de substance (ll. *fig.* 1). Il persiste en un point non cicatrisé une fistulette (f. *fig.* 1) qui sera traitée par la cautérisation.

Le résultat est donc très satisfaisant.

3° *Nerf radial sectionné*; *suture; guérison.*

M. Gerard-Marchant présente une jeune femme dont le nerf radial avait été sectionné. M. G.-Marchant la vit 8 jours après cette section et fit la suture du nerf divisé. Dès le lendemain, la sensibilité avait reparu, mais elle disparut le surlendemain, et ce n'est qu'au bout de 15 mois que la jeune femme recouvra sensibilité et mouvement. Aujourd'hui, les fonctions de son membre sont parfaites.

4° Gastrostomie pour rétrécissement de l'œsophage.

M. Hartmann présente un homme à qui il a fait l'an passé, le 13 novembre, une gastrostomie pour un rétrécissement néoplasique de l'œsophage.

M. Hartmann n'a pas fait son incision tout à fait sur la ligne médiane, mais un peu à droite ; il a saisi l'estomac et a fait passer entre les fibres du muscle droit antérieur la portion sur laquelle il a établi un très petit orifice. Grâce à cette sorte de sphincter le suc gastrique ne s'écoule pas.

Observation. — P..., 60 ans, journalier, entre le 2 novembre 1896 à l'hôpital Bichat, dans le service de notre maître, le professeur Terrier. Sans aucun antécédent local antérieur,le malade commence à éprouver, il y a six mois environ, en même temps qu'une douleur dans le côté droit de la poitrine, une légère difficulté dans la déglutition.

D'abord peu marquée et bornée aux aliments solides, cette gêne de la déglutition a été progressivement croissant et a fini par porter sur les liquides. Dans ces derniers temps, il est même arrivé à diverses reprises que le malade a été dans l'impossibilité d'avaler des liquides pendant un jour et même quelquefois deux jours. Les aliments semblent s'arrêter au niveau de l'orifice supérieur du thorax, d'après les sensations du malade et provoquent à ce niveau une certaine douleur qui disparaît dans l'intervalle des repas.

Pas de maladies antérieures autres que la rougeole. Pas d'antécédents cancéreux héréditaires.

Le 2 novembre, le malade entre dans le service, notablement amaigri. Lorsqu'il essaie d'avaler des aliments solides, ceux-ci s'arrêtent dans leur progression; provoquent des douleurs et, au bout d'un instant, il les régurgite en même temps que des crachats filants, très adhérents au crachoir. Dans les régions sus-claviculaires, on trouve quelques ganglions durs, indolents, roulant sous le doigt. Teint un peu jaune Poids : 54^{kg}, 500.

Urines : 2,000 grammes. Densité : 1,025. Urée : 12,81 par litre; phosphate : 0,60 par litre.

Le 6 novembre, le malade vomit un peu de sang noirâtre, sans douleur antérieure ni concomitante.

Le 13 novembre, nous pratiquons la gastrostomie.

Incision verticale à deux centimètres et demi à gauche de la ligne médiane, longue de 10 centimètres environ, se terminant à un niveau correspondant à l'ombilic; section de la peau, du tissu cellulaire souscutané, du feuillet antérieur de la gaine du muscle droit antérieur de l'abdomen.

La gaine du muscle ouverte, nous réclinons la lèvre interne de l'incision, de manière à mettre à découvert le feuillet profond de cette gaine en dedans du bord interne du muscle.

Incision de ce feuillet profond et ouverture du péritoine sur la ligne médiane; nous pouvons alors facilement explorer l'estomac.

Nous attirons celui-ci partiellement au dehors, le fixons par quelques points séro-séreux aux lèvres de l'incision péritonéale.

Puis, d'un coup de sonde cannelée, nous dissocions, suivant une ligne verticale, deux faisceaux du muscle droit. Attirant l'estomac entre la face profonde de la gaine et la partie interne du muscle, nous l'amenons ensuite entre les deux faisceaux dissociés, suturons les tuniques musculo-séreuses de l'estomac aux lèvres de l'aponévrose antérieure sectionnée et ouvrons le viscère sur une très petite étendue pour fixer la muqueuse à la peau. Le reste de la plaie est réuni par trois étages de suture, péritoine et feuillet postérieur de la gaine, peau. Toutes les sutures sont faites à la soie, sauf celles de la peau, pour lesquelles nous employons du crin de Florence.

Pansement avec un peu de carbonate de magnésie et de la gaze stérilisée.

Comme on le voit, la portion de l'estomac fixée subit une double inflexion, à la face profonde de la partie interne du muscle droit d'abord, entre les deux faisceaux du muscle ensuite. Ainsi se trouve assurée la constitution d'un canal d'une certaine longueur.

Le cinquième jour, nous enlevons les crins cutanés et les soies muquocutanées ; la fistule est constituée prête à fonctionner le jour où le malade ne pourra plus rien avaler. Il ne coule pas une goutte de suc gastrique à l'extérieur.

Les jours qui suivent, la gêne de la déglutition va en augmentant, la déglutition même des liquides devient à peu près impossible, l'amaigrissement augmente; de 54^{kg},500, le poids du malade est descendu à 50^{kg},500. Aussi, le 15 décembre, commençons-nous l'alimentation par la fistule. A l'aide d'un tampon d'ouate hydrophile trempé dans de l'eau boriquée, nous enlevons la petite croûte qui recouvre l'orifice fistuleux, nous explorons avec un stylet le trajet facilement perméable et nous y introduisons une sonde rouge nº 14 avec la plus grande facilité. Le malade a augmenté de poids immédiatement. Depuis ce moment, l'augmentation du poids se fait à peu près régulièrement, sauf au commencement de janvier où il subit un arrêt, explicable par ce fait que notre malade a eu des inquiétudes au sujet de sa femme que nous avons opérée d'une tumeur abdominale. Celle-ci guérie et les inquiétudes de notre malade calmées, nous avons vu l'augmentation de poids reprendre sa marche ascensionnelle jusqu'au 15 mars, moment où nous notons 55 kilogrammes, soit 10 livres de plus qu'au début de l'alimentation par la fistule.

Pendant toute cette période, le malade a pu prendre d'une manière irrégulière quelques aliments par la bouche. Les repas par la fistule ont été de deux par jour, chacun de deux œufs et d'un demi-litre de lait. Comme vous pouvez le voir, la fistule se présente sous l'aspect d'une petite dépression cutanée à peine visible (31 mars 1897).

Poids du malade.

	kg
7 novembre 1896........................	54,500
14 décembre 1896........................	50,500

Début de l'alimentation par la fistule

14 décembre 1896	50,500
21 décembre 1896	51
25 —	53
4 janvier 1897	52
11 —	52,500
18 —	54,800
25 —	53
1 février 1897	53
8 —	54
15 —	54
22 —	54
1 mars 1897	54
8 —	54
15 —	54,500
22 —	55
29 —	55

J'ai cru intéressant de vous présenter ce malade à un double point de vue : 1° le *manuel opératoire* suivi ; 2° le fait de l'*établissement précoce d'une fistule gastrique* dont nous ne nous sommes servi pour l'alimentation que beaucoup plus tardivement.

1° *Manuel opératoire.* — Lors de nos premières gastrostomies, nous avons suivi de point en point le procédé de notre maître, le professeur Terrier : incision parallèle et un peu au-dessous du rebord costal gauche ; fixation de l'estomac par des points ne perforant pas la muqueuse ; ouverture du viscère aussi petite que possible ; suture de la muqueuse à la peau. La seule modification que nous avons apportée au manuel opératoire suivi a été la suppression des obturateurs, ceux-ci n'aboutissant qu'à dilater la fistule et à permettre l'écoulement du suc gastrique au dehors. Grâce à cette suppression des appareils obturateurs et à la précaution de faire la fistule très petite, nous avons obtenu, à partir de ce moment (1891), des bouches stomacales fonctionnant parfaitement, admettant avec facilité une petite sonde rouge pour l'alimentation et ne permettant, dans l'intervalle des cathétérismes, aucun écoulement de liquide, celui-ci étant empêché par le simple accolement des plis de muqueuse le long du trajet [1]. La petite modification, suppression de tout obturateur, que nous avions apportée à son procédé, a été immédiatement adoptée par notre maître M. Terrier [2] et semble aujourd'hui généralement acceptée à Paris.

[1] HARTMANN, Note sur la gastrostomie dans le cancer de l'œsophage (*Bull. de la Soc. anatomique*, 1891, p. 117).

[2] TERRIER et LOUIS, Remarques cliniques et opératoires à propos de cinq

Cette manière de faire avait toutefois un inconvénient. L'incision latérale, parallèle au rebord costal, ne permet pas une exploration parfaite et l'on a quelquefois une certaine difficulté, soit à atteindre les régions voisines du cardia, soit même simplement à attirer l'estomac lorsqu'il est fortement rétracté. Aussi lui avons-nous substitué l'incision médiane, incontestablement supérieure au point de vue de l'exploration. Malheureusement, nous n'avons pas tardé à nous apercevoir qu'assez rapidement, lors de la disparition complète du pannicule adipeux, orifice cutané et orifice intra-stomacal arrivaient à se mettre au contact. Partant plus de canal intermédiaire, plus de plis muqueux, plus de continence des matières alimentaires ou du suc gastrique.

Aussi avons-nous cherché à concilier les avantages de l'incision médiane au point de vue de l'exploration avec ceux de l'incision latérale, qui, traversant une grande épaisseur de muscles, assurait la formation d'un canal d'une certaine longueur. Pour cela, nous opérons, comme il est dit plus haut dans notre observation, l'estomac décrit un canal inflexe entre la face profonde du muscle droit et sa gaîne, puis entre deux faisceaux du muscle. Comme vous avez pu le voir, près de 5 mois après l'opération, il ne coule rien par la fistule ainsi créée.

2° *Etablissement précoce de la fistule gastrique.* — Chez notre malade, nous avons établi notre fistule gastrique le 13 novembre dernier, alors que le malade pouvait encore avaler des liquides, et nous n'avons commencé l'alimentation par la fistule que le 15 décembre. Nous avons, en un mot, opéré d'une façon précoce, à une époque où d'autres, en particulier les chirurgiens lyonnais, préconisent et pratiquent la gastropexie. L'établissement de la bouche stomacale n'a aucun inconvénient, la fistule ne laissant absolument rien couler. L'opération faite, le malade se trouve dans les mêmes conditions que celui auquel on a pratiqué simplement une gastropexie. L'avantage est que le jour où il ne peut plus rien avaler et où le chirurgien doit recourir à l'alimentation artificielle, on n'a pas à faire plus ou moins à l'aveugle une ouverture de la portion fixée. La fistule a été régulièrement établie ; elle est à ce moment bien constituée ; on a enlevé les fils, le canal muquo-cutané est solide ; il n'y a plus aucune crainte de contamination, ni de lésion de parties bien cicatrisées. Aussi notre manière de procéder nous semble-t-elle supérieure à celles usitées jusqu'ici. C'est celle que l'on pourra suivre lorsque nos collègues des services de médecine se décideront à nous envoyer leurs malades assez à temps pour

observations de gastrostomie pratiquées pour cancer de l'œsophage (*Revue de chirurgie*, p. 308. Paris, 1891).

que nous ne soyons pas obligés de commencer l'alimentation par la fistule le jour même de son établissement. Le malade que je vous montre établit la perfection du résultat obtenu lorsqu'on peut opérer dans de bonnes conditions, c'est-à-dire assez tôt.

Discussion.

M. Reynier. — Depuis longtemps, je me rapproche de la ligne médiane pour faire l'incision de la gastrostomie, depuis longtemps aussi je fais passer la paroi stomacale entre les lèvres de la plaie musculaire, de façon à ce que l'orifice soit pourvu d'un sphincter. Mais je fais toujours l'opération en 2 temps.

M. Monod. — Je vous rappelle messieurs, l'histoire d'un malade que j'ai opéré il y a 5 ans; j'ai fait un orifice très petit, sans prendre le soin de faire passer la paroi stomacale dans un entonnoir musculaire; cependant, le malade n'a jamais perdu de suc gastrique.

M. Routier. — Les malades ne perdent pas de suc gastrique quand on a soin de faire l'orifice de l'estomac très petit.

M. Hartmann. — Ils n'en perdent peut-être pas quand on fait l'orifice petit et l'incision latérale; mais ils en perdent quand on fait l'incision médiane, alors même que l'orifice est petit, si on n'a pas le soin de suivre la pratique que j'ai indiquée.

5° *Nevrite du médian, par suite de luxation radio-carpienne.*

M. Monod présente un malade qui est déjà venu trois fois devant la Société de chirurgie. Cet homme, à la suite d'une luxation radio-carpienne, fut pris de douleurs très vives dues à une névrite du médian. Pour remédier à ces douleurs et à l'impotence de sa main, M. Nelaton lui fit la résection du poignet. Les douleurs continuant, M. Ferraton fit l'amputation de l'avant-bras, mais les douleurs reparurent et le malade s'adressa à M. Delorme, qui guérit les phénomènes douloureux par la compression des troncs nerveux. Cette amélioration ne dura pas et les douleurs ayant reparu, le malade est venu dans le service de M. Monod. M. Monod demande à ses collègues ce qu'ils pensent de cet état et ce qu'ils conseillent de faire.

Discussion.

M. Delorme. — Je suis heureux de saisir l'occasion que M. Monod me fournit par la présentation de son malade pour vous donner

des renseignements complémentaires sur cet homme que je vous ai présenté l'année dernière. C'était mon premier cas de compression pour une névrite de moignon avec névrome douloureux. Cet homme paraissait alors bien guéri, mais j'eus le regret de constater que cette guérison n'avait été que temporaire.

Après une absence de moins de deux mois, il rentrait dans mon service, souffrant comme auparavant et présentant les mêmes troubles trophiques. Je m'adressai à nouveau à la compression, une fois sous le chloroforme; je fis encore cesser les accidents, puis, après une courte période de calme, les mêmes troubles reprirent encore. Pensant que ma compression avait pu être insuffisante sur un névrome du cubital gros comme une noisette et qui seul restait sensible, je proposai à cet homme ume névrectomie qu'il accepta. Par une incision antéro-interne, je recherchai ce névrome que j'excisai avec 12 à 15 centimètres du nerf cubital.

Je recherchai en vain le médian, il avait été excisé au cours de l'amputation.

Le résultat obtenu fut encore incomplet, malgré la névrectomie; et je m'apprêtais à recourir à une nouvelle compression quand, pour une raison d'ordre non chirurgical, le malade demanda à quitter mon service. C'est alors qu'il entra dans celui de mon collègue M. Monod pour subir l'amputation du bras qu'il m'a plusieurs fois réclamée et que j'ai refusée.

Ce fait ne diminue pas ma confiance dans les effets remarquables de la compression appliquée au traitement des névrites traumatiques. Que celle-ci puisse compter des insuccès absolus ou relatifs sur un ensemble de cas un peu pris au hasard, la chose n'a rien qui puisse étonner. Quel est le mode thérapeutique qui réussit toujours? Mais ce que je tiens à bien établir à propos de ce malade, c'est que si la compression n'a fourni chez lui qu'un résultat temporaire, des opérations plus graves, l'excision du poignet, l'amputation de l'avant-bras, une névrectomie étendue n'avaient amené aucun soulagement; l'amputation du bras à laqnelle on songe pour lui me paraît irrationnelle parce que l'irradiation névritique remonte au delà des origines du plexus brachial, l'excision intradurale serait également inadmissible pour la même raison; les calmants employés à haute dose se sont montrés insuffisants. Malgré ses désiderata, dans le cas actuel, la compression forcée reste donc encore préférable aux autres modes de traitement et je me fais fort, si le malade voulait rentrer dans mon service, de vous le montrer à nouveau guéri ou très amélioré en quinze jours.

6° *Luxation* (*énucléation*) *du scaphoïde.*

M. Berger présente un malade opéré pour une luxation du scaphoïde.

Observation. — Bautrin (Jules), âgé de 38 ans, infirmier à la Pitié, étant occupé à décharger une voiture de charbon, le 22 décembre 1896, reçut le derrière de la voiture sur la face dorsale du pied gauche ; la douleur fut telle que le blessé perdit presque connaissance, et aussitôt il constata qu'il ne pouvait poser son pied par terre. Il fut transporté de suite au pavillon Michon où il occupe le numéro 10.

Le 23, à la visite, je le trouvai dans l'état suivant : le pied, en totalité, paraît déjeté en dehors ; la pointe du pied est légèrement abaissée, elle est légèrement déviée en dedans. La région du cou de pied, la face dorsale du pied sont d'ailleurs le siège d'un gonflement énorme avec œdème dû à un épanchement sanguin considérable, dont la coloration se voit au travers de la peau. Ce gonflement masque toutes les déformations du squelette.

Malgré la déviation apparente du pied en dehors, l'abaissement et l'adduction de la pointe du pied, on s'assure qu'il n'y a pas de saillie anormale du talon en arrière, qu'il n'y a pas de luxation du pied en dehors, dans l'articulation tibio-tarsienne qui est intacte, qu'il n'y a pas de fracture du péroné.

Explorant alors par la palpation le squelette du pied, on trouve, sur le bord interne du pied et sur sa face dorsale, à deux travers de doigt en avant du bord antérieur de la malléole interne, une saillie osseuse qui soulève la peau. Cette saillie est lisse et arrondie ; elle rappelle la forme la tête de l'astragale. Entre cette saillie et la malléole interne, on constate la corde que forme le tendon du jambier antérieur qui est tendu comme une bride vers la partie la plus postérieure et la plus interne de la saillie osseuse, et qui la contourne de haut en bas, d'arrière en avant et de dehors en dedans. En avant de cette saillie, au contraire on trouve une dépression profonde au niveau de laquelle, en refoulant les parties molles, on finit par sentir la face dorsale et le bord interne de l'avant-pied qui paraissent s'engager sous la saillie en question.

Cette exploration est douloureuse ; le gonflement est tel qu'il rend impossible la constatation précise des saillies et tubérosités qu'on observe d'avant en arrière sur le bord interne du pied normal.

Les mouvements de la latéralité du pied, d'adductien ou d'abduction de l'avant-pied sont impossibles ; les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont possibles mais douloureux.

Le siège de la saillie osseuse en avant de la malléole interne, la situation du tendon du jambier antérieur qui la contourne en dedans, la forme lisse et arrondie, me la font rapporter, sans aucune hésitation, à la tête de l'astragale. Le premier point qui me semble donc indubitablement acquis, c'est qu'il existe une luxation de l'astragale dont l'extrémité antérieure fait un relief anormal sur le bord interne du pied

au-dessus du scaphoïde qui est engagé au-dessous d'elle et qui a conservé ses connexions avec le reste de l'avant-pied.

La conservation des mouvements dans l'articulation tibio-tarsienne, l'absence de lésions du côté de cette articulation doivent faire écarter l'idée d'une nucléation (luxation double) de l'astragale.

C'est donc à une luxation sous-astragalienne que nous avons affaire, et, comme la tête de l'astragale fait saillie à la face dorsale du pied et sur son bord interne, c'est à une luxation sous-artragalienne en dedans, ou mieux encore en avant et en dedans, suivant la nomenclature et la classification de Malgaigue, en dehors, d'après celle de Broca.

L'absence de fracture concomitante du péroné, de saillie du talon en arrière, a cependant quelque chose qui doit surprendre; le caractère tiré de la saillie située sur le bord interne du pied, saillie que je m'obstine à considérer comme formée par la tête de l'astragale, ne paraît pas se concilier avec un autre diagnostic.

Aussitôt le malade est soumis à l'anesthésie chloroformique, et pendant qu'un aide porte le pied dans l'hyperextension, pour dégager le bord postérieur du scaphoïde de dessous la tête de l'astragale, je cherche par une propulsion énergique exercée sur la saillie anormale, à faire rentrer cette extrémité osseuse dans la cavité de réception qui lui est destinée. Mais tous les efforts restent vains, et je fixe au lendemain l'opération qui me paraît inévitable.

Le 24 décembre au matin, le malade est endormi de nouveau et la bande d'Esmarch est appliquée. Je fais alors sur la peau dorsale du pied, à la jonction de celle-ci avec le bord interne, une incision de 6 à 7 centimètres, correspondant à la saillie osseuse. J'arrive jusqu'à elle, je fais écarter en dedans le tendon du jambier antérieur, et avec une rugine je dégage le pourtour de la surface articulaire arrondie que j'ai mise à découvert.

Il ne me faut pas longtemps pour m'apercevoir que ce n'est pas la tête de l'astragale que j'ai sous les yeux, mais la face articulaire antérieure du scaphoïde. Cet os s'est luxé, il a été expulsé de sa loge ostéo-fibreuse, il a été chassé sous les téguments comme un noyau de cerise que l'on presse entre les doigts. Mais il a fallu une violence extrême pour le luxer, et son déplacement n'a été rendu possible que grâce à une fracture qui en a détaché deux fragments, l'un formé de la tubérosité qui donne insertion au jambier postérieur, l'autre par la ligne d'insertion du ligament calcanéo-scaphoïdien inférieur.

Avec la rugine, le scaphoïde est isolé et rapidement extirpé. Les deux fragments qui se sont séparés de sa face plantaire sont extraits l'un et l'autre sans difficulté.

On constate alors que les autres os, les autres articulations du pied sont complètement indemnes. Une mèche de gaze iodoformée est placée dans la cavité que l'ablation du scaphoïde a laissée vide, et quelques points de suture rétrécissent le plus possible l'incision des parties molles.

Cette mèche est retirée le cinquième jour, les points de suture le neuvième. A ce moment, quoiqu'il n'y ait jamais eu de réaction fébrile

et que la plaie n'ait fourni ni suintement ni suppuration, la plaie se désunit en partie et le tendon du jambier antérieur fait saillie dans l'écartement qui se produit. La cicatrisation se fait normalement, sans suppuration, sans exfoliation du tendon, bien qu'un peu lentement.

Le pied présente peu de déformation actuellement : il y a un peu *d'aplatissement de la voûte plantaire*, une légère tendance à *l'adduction de l'avant-pied*; le bord interne du pied est raccourci d'un centimètre. On ne sent pas de perte de substance ni de dépression à la place où le scaphoïde devrait se trouver; la marche paraît devoir s'effectuer sans aucune gêne et sans fatigue.

Ainsi c'est, non pas à une luxation sous-astragalienne, mais à une énucléation (luxation double) du scaphoïde que nous avons eu affaire ici. Le cas que je viens de rapporter s'ajoute aux trois faits cités par Malgaigne (*Traité des fractures et luxations*, t. II, p. 1073). Il présente même, au point de vue du mécanisme et des symptômes, une analogie très grande avec le cas de Piedagnel, seulement il ne se compliquait pas de plaie des téguments. On trouvera dans l'article Pied du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, un certain nombre d'autres faits semblables réunis par MM. Paulet et Chauvel.

Le nôtre se distingue de la plupart des faits connus par la similitude des signes avec ceux d'une luxation sous-astragalienne: l'absence de fracture concomitante du péroné et de déplacement du calcanéum en arrière, auraient dû nous mettre en garde contre cette erreur de diagnostic. Il faut aussi remarquer que le tendon du jambier antérieur contournait la base de la saillie osseuse au lieu d'être déjeté en avant et en dehors ainsi qu'on peut le constater sur les pièces de luxations sous-astragaliennes déposées au musée Dupuytren par Nélaton (n° 762) et par Petit (n° 762, *i*). Quand le scaphoïde luxé est fixé dans sa situation anormale et ne présente aucune mobilité, l'erreur me paraît difficile à éviter; on ne peut guère compter en effet sur le repérage exact des saillies que présente normalement le squelette du bord interne du pied.

L'observation présente montre également que lorsqu'une énucléation du scaphoïde résiste à des efforts modérés de réduction, tentés dans l'anesthésie, ce qu'on a de mieux à faire est d'extirper l'os déplacé qui ne peut plus être qu'une cause de gêne et de complication.

Après cette extirpation on veillera à maintenir le pied dans une bonne attitude afin d'éviter le varus traumatique qui aurait quelque tendance à se produire.

Présentation de pièces.

M. Potherat présente un polype naso-pharyngien qu'il a enlevé il y a cinq jours.

Travail renvoyé à une commission (M. Berger, rapporteur).

Au cours de la séance, M. Delens a déclaré vacante une place de membre titulaire.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
Nélaton.

Séance du 7 avril 1897.

Présidence de M. Delens.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une brochure de M. Goldenstein, ayant trait à un *Perfectionnement de la prothèse nasale;*

3° M. Tuffier dépose une brochure de M. Barthe, ayant trait à la *Stérilisation du catgut, etc.;*

4° M. Lejars dépose une observation de M. Delamarre intitulée : *Section des tendons extenseurs des doigts, etc.* (Renvoyé à une Commission. M. Lejars, rapporteur.)

Discussion à propos de l'opération de Syme.

M. Delorme. — Je crois pouvoir apporter l'appoint de mon expérience personnelle dans la discussion soulevée par la communica-

tion de M. Potherat et le rapport de notre collègue M. Kirmisson sur la valeur de l'amputation de Syme.

Depuis dix ans j'ai pratiqué sept fois l'amputation totale du pied par le procédé de Syme; six fois chez des adultes pour des ostéo-arthrites tuberculeuses de l'arrière-pied, une fois chez un vieillard pour une gangrène de l'avant-pied arrêtée à l'interligne de Chopart et vraisemblablement liée à l'oblitération de l'artère proplitée.

Avant de parler des résultats que cette opération m'a fournis, je ferai remarquer que, si dans les cas traumatiques et dans certains cas de gangrène, on peut lui opposer avec quelque avantage l'amputation Pasquier-Lefort, dans les ostéo-arthrites tuberculeuses de l'arrière-pied qui, si souvent, atteignent et les interlignes de l'astragale et du calcanéum et ces os eux-mêmes, l'amputation de Syme parait préférable à la première. En supprimant le calcanéum, elle met à l'abri des récidives que des lésions méconnues de cet os pourraient provoquer; exigeant moins de parties molles que les méthodes de Pasquier, Lefort et Roux, elle est utilisable dans les cas fréquents dans lesquels la partie antéro-externe et interne du pied sont sillonnées de trajets fistuleux et où ces procédés seraient inapplicables. Pour ces raisons, je pense que ceux qui regardent l'amputation de Syme comme une opération de nécessité et non de choix ne lui font pas la part assez belle.

Sur aucun de mes malades je n'ai observé ces rétentions de pus dans le capuchon talonnier ou le long des gaines si souvent observées autrefois. Tous ont guéri par première intention; chez presque tous je n'ai pas drainé. Quand je crois devoir placer des drains, j'ai soin qu'ils ne dépassent pas l'épaisseur de la peau pour qu'ils ne puissent compromettre, à leur niveau, l'adhérence du lambeau avec les os.

Je n'ai même pas observé de mortification circonscrite du lambeau chez le vieillard amputé pour une gangrène et chez lequel je n'eus pas à faire de ligature. Si l'un de mes adultes présenta une récidive assez rapide à point de départ tibial, toutes les désarticulations tibio-tarsiennes exposent à cette éventualité.

Voilà pour les résultats immédiats; quand au résultat définitif, comme vous pouvez le voir sur les moules, il a été des plus satistisfaisants : moignons comparables au pilon de la jambe de bois, bien élastiques, assez larges sans l'être trop, placés exactement dans l'axe de la jambe et constitués plus par la peau de la face plantaire du talon que par celle qui recouvrait la face postérieure du calcanéum; cicatrices linéaires surélevées, situées bien au-dessus du point d'appui, près de la surface de section tibiale. Je n'ai pas vu de cicatrice oblique de haut en bas, très rapprochée du sol, vers sa partie moyenne, exposée, par le fait, à des pressions

directes, avec rétraction apparente du tendon d'Achille et froncement de la peau aux attaches de ce tendon, comme le moule de M. Potherat en accusait. Sur l'un de mes malades, à la levée du premier pansement, ayant constaté un renversement qu'avait provoqué ou favorisé tout au moins l'application d'un pansement irrégulier, je détruisis les adhérences du lambeau avec le tibia, je le ramenai dans l'axe de cet os et le résultat définitif fut parfait.

On ne saurait trop insister sur l'importance qu'ont, pour prévenir ce fâcheux renversement du lambeau, trois pratiques ou précautions : la suture des tendons au lambeau, l'application d'un pansement très régulier, le repos du moignon pendant un temps suffisant. C'est à leur application rigoureuse que j'ai dû mes résultats définitifs avantageux.

La suture du tendon du jambier antérieur, des extenseurs communs et propres des orteils au lambeau plantaire, leur permet de compenser la traction du tendon d'Achille qui, en l'absence d'une action antagoniste, fait basculer le lambeau en haut et porte la cicatrice vers le sol. Des anses de fil de soie fixent solidement chacun de ces tendons au lambeau plantaire, mais cette fixation n'est pas tout. Il faut que ces tendons soient assez raccourcis pour qu'ils exercent une traction légère sur le lambeau, à l'état de repos. Que si donc on a taillé trop long le lambeau antérieur qui les contient, il ne faut pas craindre d'en exciser une partie. Ces indications ont été précisées depuis longtemps par divers chirurgiens.

Même après, et malgré la suture, l'application d'un pansement irrégulier peut encore favoriser le déplacement du lambeau talonnier ; il pourrait l'accuser au maximum en l'absence de ces sutures. C'est lorsqu'on se contente d'appliquer sur la plaie quelques gazes antiseptiques, bientôt recouvertes d'une épaisse couche d'ouate difficilement et mal modelée avec des bandes, qu'on s'expose à ces bascules du lambeau d'avant en arrière dues à des déplacements latéraux. Pour ma part, je fixe d'abord le capuchon talonnier par des séries de compresses antiseptiques appliquées haut sur la jambe, disposées en capeline et bien assujetties par un bandage roulé, avant d'entourer le moignon du manchon ouaté compressif qui affaissera sa cavité et facilitera ses adhérences rapides avec la surface osseuse.

En faisant marcher le malade de bonne heure, alors que les adhérences n'ont pas eu le temps de se consolider, le moignon deviendra trop mobile ; il obéira trop aisément à la traction du tendon d'Achille dans les cas où les muscles antéro-externes atrophiés n'en compenseraient pas complètement l'action. Il est donc de l'intérêt du malade de ne pas le munir de son appareil avant deux ou trois mois.

Pour tous mes opérés, j'ai suivi la technique opératoire que j'ai décrite, en 1879, dans mon article *pied* du *Dictionnaire de Jaccoud*, et qui diffère surtout du mode classique par la suppression du temps de la désarticulation. Cette façon de procéder me paraît digne d'être recommandée.

Pour sillonner les faces latérales et plantaires du pied par l'incision en étrier de Syme, je commence la section à la base des malléoles vers le milieu de leur étendue transversale, et non à leur pointe, comme la chose se fait communément.

Je reste fidèle à la mode de Syme pour les dimensions du lambeau talonnier. Pourquoi, en effet, le reporter jusqu'à l'interligne calcanéo-cuboïdien et le tubercule du caphoïde, quand une section qui, latéralement, prolonge l'axe des malléoles, lui donne une ampleur très suffisante et rend sa dissection plus aisée. Et la guérison des opérés chez lesquels on a procédé de la sorte montre bien que le lambeau ainsi taillé est très suffisamment nourri.

Après délimitation d'un petit lambeau dorsal qu'un aide relève avec une pince hémostatique, un second aide accroupi écarte avec deux érignes doubles, en arrière et à la base du lambeau talonnier, la peau qui recouvre la moitié postérieure des malléoles. La laxité du tissu cellulaire sous-cutané permet de faire glisser aisément cette peau au delà de leur bord postérieur.

J'abats alors à la scie, par une section bien horizontale, et simultanément, le péroné à la base de sa malléole et le plateau tibial au même niveau. Lorsque la section est presque complète, la surface inférieure des os s'écarte de la supérieure, entraînée par le pied. La scie marche alors avec plus de lenteur. Le pied tombe quand la section est complète. Après l'amputation, on régularise au besoin la surface osseuse en la débarrassant des petites saillies qui la débordent.

Tirant sur le pied, j'écarte les surfaces osseuses, puis le bistouri, rasant le bord des malléoles, détache les insertions de la cloison aponévrotique postérieure qui fixe contre elles les tendons des péroniers et les tendons internes. L'opérateur peut alors aisément dégager les faces postérieures des malléoles, de l'article, de l'astragale et libérer le tendon du long fléchisseur propre.

D'un coup de couteau, engagé à quelques centimètres de profondeur, parallèlement à la face externe du calcanéum, on sépare, au ras d'elle, une grande étendue de la partie externe du lambeau; d'un autre coup de couteau dont la direction est modelée sur la face calcanéenne interne, on libère largement les parties molles internes; il ne reste plus alors, portant et maintenant le pied en bascule, qu'à couper le tendon d'Achille à la façon d'A. Guérin, et

à achever le dégagement des apophyses du calcanéum et de sa face inférieure, sans oublier que pour effectuer ce dégagement, les doigts de la main gauche remplissent un rôle de premier ordre : qu'ils refoulent le calcanéum en avant ou qu'ils impriment au pied des mouvements de torsion.

D'ailleurs, quel que soit le mode opératoire suivi, cette amputation peut se faire en quelques minutes. Je n'ai jamais mis plus pour la faire. Elle s'exécute avec toute sécurité pour le lambeau et ses vaisseaux et sans difficultés réelles pour un opérateur qui l'a répétée à l'amphithéâtre un nombre de fois suffisant.

Puisqu'il en est ainsi, j'avoue, comme M. Potherat, ne pas comprendre les avantages de la dénudation du calcanéum par le détache-tendon après ou sans section préalable du tendon d'Achille. Il est facile de se convaincre par quelques expériences cadavériques que ce procédé est réellement laborieux, et nous ne pouvons oublier que c'étaient précisément les grandes difficultés que le chirurgien éprouvait à détacher le lambeau talonnier d'avant en arrière, avec le bistouri, qui ont fait abandonner le procédé primitif de Syme. Or, le bistouri va encore mieux et plus vite en besogne que la rugine.

Je résumerai ainsi mon opinion sur l'amputation du pied par le procédé de Syme en disant : 1° il ne me paraît pas occuper la place qu'il mérite parmi les désarticulations du pied. Aujourd'hui que nous n'avons plus à craindre les rétentions purulentes dans le manchon talonnier et les mortifications du lambeau, c'est un mode de choix et non de nécessité. C'est surtout un mode de choix dans un très grand nombre de cas d'ostéo-arthrites de l'arrière-pied, et l'inconvénient résultant d'un raccourcissement de quelques centimètres, s'il était avéré qu'il en fût un, serait largement compensé par les chances moindres de récidive ; 2° il y a lieu de revenir à la taille primitive du lambeau, à la façon de Syme ; 3° la suppression du temps de la désarticulation est avantageuse et le bistouri est préférable à la rugine ; 4° quant aux résultats immédiats et définitifs, ils sont remarquablement beaux si on a pris toutes les précautions voulues pour éviter la bascule mécanique ou active du lambeau en arrière.

M. Ricard. — Nos collègues sont revenus, à propos du travail de M. Potherat, analysé par M. Kirmisson, sur les mérites réciproques des amputations de Syme, de Pirogoff et de Pasquier-Le Fort. Je ne veux point reprendre ce côté de la discussion. Tout a été dit à ce sujet dans nos traités classiques de médecine opératoire. Les indications, les contre-indications, les avantages, les inconvénients réciproques de chaque procédé sont longuement

analysés dans le manuel de médecine opératoire de Malgaigne et Le Fort, et dans le traité de M. Farabeuf.

Je désire seulement attirer l'attention sur un procédé particulier auquel j'ai déjà eu recours deux fois avec un résultat orthopédique remarquable.

En principe, il faut admettre qu'aucun lambeau talonnier ne vaudra celui qui est formé par la peau même de la partie plantaire de la région calcanéenne. C'est ce que Pasquier et Le Fort ont cherché à obtenir par leur procédé.

Si, à la suite d'une lésion quelconque de l'avant-pied, la région tarsienne postérieure est reconnue saine, il y a tout intérêt à garder, à l'arrière-pied restant, sa forme anatomique et son point d'appui plantaire. C'est pour cette raison que l'opération classique de Chopart est une bonne et excellente opération, quoi qu'on en ait dit; mais à la condition d'obtenir une soudure solide entre les tendons antérieurs de la jambe et les muscles et tendons du lambeau plantaire. L'opération de Chopart ne donnera que de mauvais résultats lorsque, comme dans la chirurgie préantiseptique, les tendons, rétractés au loin dans leur gaine, détruite par la suppuration, se cicatrisent isolément et en restant indépendants les uns des autres. Le squelette calcanéen du moignon, abandonné par la sangle solide que lui aurait formé la soudure des tendons antérieurs aux tendons plantaires, se laissait relever par la rétraction du tendon d'Achille; resté seul, le calcanéum basculait; l'appui se faisait par la saillie inférieure de sa grande apophyse sur un lambeau que la suppuration avait rendu adhérent et peu vivace. Le résultat orthopédique était déplorable. Mais actuellement, grâce à la réunion par première intention des parties profondes des deux lambeaux plantaire et dorsal, cet inconvénient est évité et la marche se fait sur une semelle talonnière normale en bonne et régulière direction. L'arrière-pied a même conservé tous ses mouvements de flexion et d'extension. C'est ce que j'ai pu observer sur un cas qui m'est personnel.

Mais pour pratiquer cette désarticulation médio-tarsienne, il faut l'intégrité osseuse de tout le tarse postérieur, l'intégrité absolue de toute la région plantaire et d'une partie de la région dorsale du pied. Exceptionnelles sont de telles conditions, aussi voit-on peu d'amputations de Chopart.

Le plus souvent les lésions osseuses et les lésions des parties molles marchent de pair, et sont au même niveau; et pour confectionner un lambeau suffisamment étoffé le chirurgien est obligé de réséquer des os sains, bien au delà de la limite des parties molles. C'est grâce à cette résection osseuse, remontant bien au delà de la lésion, qu'on peut obtenir un véritable lambeau de parties molles bien mobiles et facile à suturer.

Dans la région tibio-tarsienne les opérateurs, obéissant à cette règle, ont extirpé en totalité (opération de Syme, de Roux) ou en partie (opération ostéo-plastique de Pirogoff et Pasquier-Le Fort), le squelette du tarse postérieur, bien que ce squelette fût sain; l'extirpation n'ayant pour but que de donner aux parties molles l'ampleur suffisante pour recouvrir les os et faciliter la suture.

Or, on peut arriver à ce résultat avec un sacrifice moindre. Lorsque le squelette du tarse postérieur est sain, mais que les parties molles ne permettent pas de tailler un lambeau dorsal ou plantaire suffisant, on obtient, par la simple extirpation de l'astragale et l'enclavement du calcanéum en son lieu et place, un aplatissement de la région tibio-talonnière, suffisant dans bien des cas pour permettre la suture des parties molles antérieures. Si la grande apophyse du calcanéum est trop saillante, on peut la réséquer. L'essentiel est de pouvoir coapter solidement les tendons antérieurs de la jambe aux tendons postérieurs et plantaires, et d'obtenir une sangle musculo-tendineuse capable de maintenir le calcanéum dans son attitude et de lutter contre la rétraction du tendon d'Achille.

Je pense, d'ailleurs, que cette rétraction a peu de tendance à se faire si le chirurgien a su éviter l'infection de son champ opératoire.

Par ce procédé, la hauteur du tarse est diminuée de l'épaisseur de l'astragale, le calcanéum solidement encastré dans la mortaise joue librement, sous l'influence de la contraction musculaire, suffisamment pour transmettre des mouvements à un simple soulier et le soulever dans la marche; enfin, l'appui se faisant sur le sol par l'intermédiaire d'un calcanéum mobile, sur des téguments normaux la marche est absolument facile.

D'ailleurs si, après l'astragalectomie, après la mise en place du calcanéum dans la mortaise et la résection de l'apophyse, il existe encore une insuffisance de parties molles, il est toujours facile de recourir à l'opération de Le Fort ou à celle de Syme.

Cette opération que je propose a donc sa place bien marquée, elle est simple et d'exécution facile, elle s'adresse aux cas où le tarse postérieur étant sain, mais les parties molles insuffisantes, on ne peut recourir à la désarticulation médio-tarsienne. Intermédiaire à l'opération de Chopart et aux procédés ostéo-plastiques, elle peut être comparée à ces derniers, comme indication opératoire. Mais elle me paraît être d'une facilité d'exécution bien plus grande et donner des résultats orthopédiques peut-être supérieurs. Cette opération peut être mise en parallèle avec la désarticulation sous-astragalienne, au point de vue de la quantité de parties molles qu'elle nécessite pour sa bonne confection. Je n'hésite pas à dire qu'elle lui est infiniment supérieure tant au point de vue de la facilité d'exécution que du résultat orthopédique.

Je n'ai pratiqué que deux fois cette opération. La première fois en 1891, dans le service de M. Monod, à l'hôpital Saint-Antoine, sur un aliéné échappé d'un des asiles de la Seine et qui, sautant d'un train en marche, s'était fait amputer l'avant-pied par la roue du wagon. Les os et les parties molles étaient hachés circulairement; je dus transporter mon incision assez loin du foyer traumatique, pour agir dans des parties molles saines. Il n'existait pas de lambeau suffisant pour la désarticulation médio-tarsienne. C'est alors que je me décidai à enlever un os encore, et au lieu d'enlever le calcanéum, ce qui m'eût fait pratiquer une sous-astragalienne, j'extirpai l'astragale. Cette extirpation suffit pour donner à mes parties molles l'amplitude nécessaire à leur affrontement. Les suites opératoires furent des meilleures. Le résultat orthopédique paraissait devoir être excellent, ainsi qu'on peut le présager d'après le moulage que je présente, lorsque, environ un mois après l'opération, le malade fut repris de manie aiguë et dut être retransporté dans l'asile d'aliénés d'où il s'était échappé.

Je pus pratiquer plus tard, et de propos délibéré, la même opération chez un malade âgé de 45 ans environ, qui, à la suite d'un érysipèle, eut des phénomènes d'artérite infectieuse du côté du cerveau et du côté du pied droit. Il était soigné, à ce moment, par le professeur Ball. Lorsque je le vis, il conservait encore quelques troubles aphasiques légers et présentait une gangrène sèche de tout l'avant-pied droit. M. Ball ayant posé une contre-indication absolue à l'usage du chloroforme, je dus laisser, pendant des mois, l'élimination osseuse se faire progressivement. Mais enfin la cicatrisation ne pouvant pas s'obtenir, je décidai le malade à subir une véritable intervention. Je libérai les parties molles, enlevai le cuboïde, le scaphoïde et l'astragale et laissai en place le calcanéum. Le résultat fut des meilleurs et aujourd'hui le malade, retiré en province, marche comme tout le monde, sans boiterie, à l'aide d'un soulier lacé fait par un simple cordonnier, et ne s'aperçoit nullement du petit raccourcissement occasionné par l'extirpation de l'astragale.

Il est difficile de donner à ce procédé une étiquette anatomique exacte. C'est une opération de Chopart avec astragalectomie, c'est une opération de Pasquier-Le Fort sans section des os, par simple désarticulation; on pourrait, à la rigueur, la désigner sous le nom de désarticulation tibio-calcanéenne. L'épithète, quoique certainement très incorrecte, serait suffisamment explicite, surtout si l'on veut se rappeler que l'on désigne couramment les opérations ostéoplastiques de Pirogoff et de Le Fort sous le nom d'amputation tibio-calcanéenne.

M. Lejars. — Je voudrais simplement soumettre à la Société de chirurgie les quelques réflexions qui m'ont été suggérées par sept amputations de Syme, pratiquées pour des lésions fort diverses du pied.

Deux de ces faits n'ont, en quelque sorte, qu'un intérêt opératoire. Un charretier de 35 ans, qui avait subi, à l'hôpital Beaujon, le 27 mai 1896, l'amputation de Syme, pour une gangrène traumatique de l'avant-pied, mourut de tuberculose aiguë quinze jours après ; une femme de 45 ans, dont les deux pieds avaient été écrasés par un tramway, avait dû être amputés, à la fois, le 5 mai 1895, de la jambe droite et du pied gauche : un mois après, elle succombait à des complications viscérales multiples, aggravées par l'alcoolisme : dans les deux cas, la réunion du lambeau de Syme était régulière, et, chez la dernière malade, en particulier, le résultat primitif était très satisfaisant.

Sur mes sept opérations, je n'ai, du reste, vu survenir qu'une seule fois un accident du côté du lambeau, et dans des conditions très particulières ; il s'agissait d'un homme de 45 ans, qui avait été atteint, au cours d'une pneumonie, d'une gangrène du pied gauche : le sphacèle remontait à peu près jusqu'à la hauteur de l'article médio-tarsien, et, au bout de deux mois, le travail d'élimination ne progressant qu'avec une lenteur extrême, je pratiquai la désarticulation tibio-tarsienne. La réunion eut lieu, sauf en un point, où parut une étroite plaque de sphacèle, suivie d'une ulcération, qui demanda des mois pour se fermer ; aujourd'hui le moignon et toute la moitié inférieure de la jambe sont recouverts d'une peau violacée et ulcérée par places et portent les traces de désordres trophiques très marqués. Il nous semble que le procédé opératoire n'est pour rien dans ces lésions nerveuses, qui se seraient développées, sans doute, à la suite de toute autre intervention.

Nos quatre autres malades ont bien guéri et sont pourvus d'un bon moignon ; deux d'entre eux ont été opérés pour des ostéoarthrites tuberculeuses de l'avant-pied, un autre, pour un ostéosarcôme, le quatrième, pour une gangrène par congélation. Ce dernier est un malheureux garçon presque aveugle et d'intelligence fort obtuse, qui eut les deux pieds gelés pendant l'hiver 1895 ; devant des accidents septiques menaçants, il fallut renoncer à l'embaumement et faire une double amputation : à droite, la jambe fut coupée au lieu d'élection, à gauche, les limites de la plaie permirent de recourir à l'amputation de Syme. La guérison eut lieu sans incident, et, aujourd'hui, le moignon est très sain et très régulier, et rendrait, sans doute, d'excellents services au malade, si l'état de son intelligence et de sa vue ne l'empêchait pas de se servir de ses deux appareils prothétiques.

Nos trois derniers amputés marchent inégalement bien, mais tous trois d'une façon satisfaisante. Voici, pour l'un d'eux, opéré en 1891, le moulage du moignon ; l'autre, amputé à Saint-Louis en août 1894, a repris, depuis lors, sa place de domestique et ne présente qu'une légère boiterie ; j'ai l'honneur de vous présenter le troisième, un jeune homme de 24 ans, opéré à l'hôpital Beaujon, le 30 novembre 1895, pour un ostéo-sarcôme des os du pied : le moignon est bien matelassé, tout à fait indolent, aucune trace de récidive n'a paru, et notre jeune opéré, employé dans une agence, marche et fait des courses sans fatigue.

L'amputation de Syme nous semble donc susceptible de fournir de bons résultats fonctionnels éloignés et vaut la peine d'être pratiquée plus souvent peut-être qu'elle ne l'est en France. Sa bonne exécution exige, du reste, beaucoup de soin, et le danger du sphacèle primitif du lambeau, succédant à la blessure de l'artère tibiale postérieure, est loin d'être chimérique : l'accident est arrivé deux fois à Syme lui-même, et, dans une statistique mentionnée par Le Fort, la gangrène du lambeau s'est produite 13 fois sur 67 cas (19 0/0). Aussi, à notre sens, l'opération est-elle de celles qui doivent se faire, non point à la manière brillante, mais lentement, en évidant avec la plus grande attention le canal calcanéen, et en comprenant, si possible, le périoste dans le lambeau : c'est surtout au moment où l'on détache, par des traits successifs, le tendon d'Achille, que l'artère nous paraît exposée et qu'une échappée du bistouri pourrait l'atteindre.

Malgré tout, ce procédé n'est pas comparable aux opérations ostéo-plastiques, et surtout à l'opération de Le Fort, qui, dans les cas où elles sont applicables, bien entendu, et lorsque le segment conservé du calcanéum est sain assurent des résultats plastiques et fonctionnels supérieurs à ceux de toutes les autres de l'arrière-pied. Le Fort a pratiqué une vingtaine de fois son opération, et j'ai eu l'occasion de voir plusieurs de ses malades, amputés depuis de longues années, et dont la marche était parfaite. J'ai fait une seule fois l'opération de Le Fort, et j'ai obtenu le moignon, dont voici le moulage : cette large base d'appui serait excellente, si mon malade n'était pas atteint d'un tremblement alcoolique des plus prononcés qui gêne beaucoup la marche. Du reste, les moignons d'amputations ostoplastiques les plus solides ne correspondent peut-être pas toujours à une soudure osseuse, à proprement parler, et une réunion fibreuse très dense et très serrée peut donner parfois, comme pour certains cals, des résultats analogues : le moignon que je vous présente est celui d'un malade de 50 ans, opéré par M. Polaillon, pour une ostéo-arthrite tuberculeuse du pied, et auquel je dus amputer la jambe, en 1892, pour une ostéite tuber-

culeuse à foyers multiples du tibia, sans récidive dans le moignon lui-même. Ce point était indolent, d'une parfaite solidité, car, sur la pièce même, on n'arrivait pas à déceler la moindre trace de mobilité : sur une section verticale, on reconnaît pourtant que, si la réunion du calcanéum et du tibia (c'était une opération de Pirogoff que M. Polaillon avait faite) est d'une régularité complète, elle a lieu, non point par une ossification vraie, mais par unebande fibreuse, extrêmement serrée et très étroite.

C'est plutôt à l'opération de J. Roux, à la désarticulation tibio-tarsienne avec lambeau plantaire interne, que l'amputation de Syme peut être comparée : elle ne lui cède en rien, et elle est applicable, en outre, dans des cas, où les lésions, traumatiques ou autres, de la plante ne permettraient pas de trouver un lambeau de Roux suffisant.

On a représenté comme l'un des avantages de ces lambeaux talonnier et plantaire, dans la désarticulation tibio-tarsienne, de conserver une certaine mobilité sur le bout de ces sous-jambes : cette mobilité même du lambeau tend à la faire basculer, le plus souvent en dedans, si l'opéré marche tout de suite sur son moignon et sans appareil, et il peut en résulter une déformation gênante et des tiraillements : aussi nous paraît-il indispensable de faire porter un appareil prothétique bien fait et régulièrement appliqué, surtout durant les six premiers mois, jusqu'à ce que le moignon ait acquis sa cohésion et sa résistance définitives.

M. Championnière. — Le moignon que vient de nous présenter M. Lejars est très beau. Mais je ferai remarquer que ce malade n'appuie point sur son moignon, il ne marche qu'en s'appuyant sur l'appareil que lui a fait construire M. Lejars et cet appareil répartit les pressions sur toute la jambe et le genou, soulageant ainsi le moignon. Avec toutes les amputations partielles du pied, qu'il s'agisse de sous-astragaliennes ou de tibio-tarsiennes, on arrive au même résultat : à savoir, que l'on obtient de très beaux moignons, mais que les malades se fatiguent vite lorsqu'ils appuient dessus, c'est pourquoi on est obligé de leur faire faire des jambes articulées qui évitent les pressions trop fortes.

Aussi le procédé imaginé par M. Ricard me séduit-il. Par son opération, M. Ricard permet à ses amputés de marcher sur leur talon naturel et, qui plus est, ils conservent la mobilité de ce talon. C'est parfait.

Du reste, en voyant ce que je fais dans le traitement des pieds-bots, on aurait pu prévoir le très bon résultat obtenu par M. Ricard. J'extirpe en effet, pour corriger les pieds-bots, non seulement l'astragale, mais tous les os de l'avant-pied qui me gênent

pour obtenir le redressement et je trouve parfaits les résultats que j'obtiens. A la suite de ces extirpations des os du tarse, les vides dus à l'ablation du squelette se comblent par du tissu fibreux, les surfaces irrégulières se modèlent les unes sur les autres et il se forme des pseudarthroses qui donnent un bon mouvement du pied.

D'après ce que je vois et ce que l'on pouvait prévoir, il en est de même après l'opération préconisée par M. Ricard.

M. Lejars. — Je fais marcher mon malade avec un appareil prothétique, d'abord parce que ce pied artificiel lui permet de se présenter partout sans que son infirmité soit apparente, ensuite parce que cet appareil soulage le moignon en lui épargnant une trop lourde charge à porter. Beaucoup de malades se fatiguent si on n'allège pas le poids du corps et si on le laisse tout entier supporter par le moignon.

M. Berger. — J'admire le résultat obtenu par le procédé de M. Ricard, mais je m'étonne que l'ablation de l'astragale lui ait *donné une diminution de hauteur suffisante du tarse pour qu'il ait pu réunir au lambeau dorsal son lambeau plantaire.*

M. Ricard. — Dans la première opération que j'ai faite, j'ai constaté la justesse de l'observation que me fait M. Berger; j'ai été obligé, pour suturer mes lambeaux, d'abraser la partie antérieure de la grande apophyse du calcanéum. Dans le deuxième cas, je n'ai pas été obligé de faire cette abrasion.

M. Kirmisson. — Nous sommes tous d'accord pour reconnaître que l'opération de Syme est une bonne opération. Je n'apprécie point la modification proposée par M. Delorme :

1° Il porte la section osseuse plus haut et, au lieu de se contenter d'abraser les malléoles, il fait une véritable amputation de jambe sus-malléolaire;

2° En n'ouvrant pas la jointure d'abord, il augmente les difficultés de l'opération;

3° Je crois qu'il a tort de ne pas adopter la décortication du calcanéum proposée par M. Ollier.

Nous sommes tous d'accord pour reconnaître qu'il n'y a pas de parallèle à faire entre les opérations de Syme et les opérations ostéoplastiques; car avec les opérations ostéoplastiques nous donnons au moignon un bon point d'appui qui supportera tous les poids et n'aura point besoin d'un appareil prothétique pour le décharger d'une partie de son fardeau.

Dans ces opérations ostéoplastiques, la soudure osseuse des deux surfaces affrontées n'est pas toujours obtenue, mais la pièce

de M. Polaillon, que nous a présentée M. Lejars, nous démontre qu'une solide pseudarthrose fibreuse la remplace heureusement.

Enfin, ainsi que nous le dit M. Berger, opinion que j'appuie, l'équinisme n'est plus à craindre aujourd'hui, puisque l'on évite les fusées purulentes de chaque côté du tendon d'Achille.

M. Delorme. — Je ne complique pas l'opération en employant la modification de technique que j'ai conseillée. Mon collègue n'a qu'à s'en convaincre sur le cadavre. Quant à moi, mon expérience à cet égard est faite, elle a duré des années, et ce que j'avais constaté sur le cadavre je l'ai constaté également sur le vivant.

M. Kirmisson me reproche d'avoir pratiqué une sorte d'amputation intramalléolaire. Je lui répondrai que je fais, avant le dégagement du lambeau, ce qu'on fait communément après désarticulation. Je ne porte, en effet, la section osseuse qu'à la base des malléoles et immédiatement au-dessus du plateau tibial. Quant au dégagement du lambeau il n'est pas plus difficile avec la section osseuse préalable qu'après la désarticulation, si on a soin de bien séparer, comme je l'ai dit, les insertions de l'aponévrose postérieure aux malléoles tibio-péronière.

Je persiste enfin à croire que la séparation du lambeau avec la rugine ou le détache tendon constitue un mode opératoire laborieux et inutile.

Communication.

Arthrotomie de la hanche et curettage intégral dans la coxalgie compliquée d'un abcès rebelle à la méthode des injections.

Par le Dr MÉNARD (de Berck-sur-Mer).

Les abcès tuberculeux, que j'observe dans le cours de la coxalgie, sont tous traités par la méthode des injections modificatrices.

Plusieurs liquides médicamenteux ont été expérimentés, en premier lieu la glycérine iodoformée, puis le naphtol, le salol, le thymol, associés au camphre, sous la forme de liquides de consistance huileuse. Tous m'ont paru exercer sur la paroi tuberculeuse des abcès une influence curative analogue. Cependant, j'ai employé de préférence le naphtol camphré, dont l'action me semble plus efficace.

Les résultats thérapeutiques obtenus par cette méthode des injections modificatrices dans le traitement des abcès tuberculeux de la coxalgie et aussi du mal de Pott ont été déjà publiés par moi au Congrès de chirurgie de Lyon de 1894. Un de mes élèves a

traité le même sujet dans sa thèse de doctorat[1]. Ce dernier travail, à côté de 53 cas d'abcès du mal de Pott, rapporte 49 observations d'abcès compliquant la coxalgie. A cette statistique, je puis ajouter 55 cas nouveaux de coxalgie se rapportant à ces deux dernières années.

Les conclusions auxquelles j'avais été conduit antérieurement ne sont pas modifiées dans leur ensemble. Après une série de deux à huit ou dix injections, rarement davantage, pratiquées à des intervalles qui sont en moyenne de douze à quinze jours, les abcès diminuent de volume et disparaissent. L'état général des malades s'améliore progressivement. La guérison de la coxalgie est une suite habituelle de la guérison de l'abcès. La cavité articulaire, toujours en communication avec la cavité de l'abcès, a participé à la même modification curative, produite par les injections. Le succès de ce traitement est tel, avec le secours bienfaisant du milieu dans lequel se trouvent placés nos malades de Berck, que l'on reste un peu au-dessous du chiffre réel en disant que *huit fois sur dix la coxalgie compliquée d'abcès fermé aboutit à la guérison sans fistule*. Sur 103 cas d'abcès de la coxalgie, 7 fois seulement une fistule persistante s'est établie. Sur ce nombre, quatre malades ont guéri spontanément; chez trois, j'ai dû recourir à un traitement opératoire.

Ceci dit, j'aborde l'étude d'un petit nombre d'insuccès de la méthode des injections formant un groupe spécial.

Chez quelques malades, qui sont jusqu'ici dans ma statistique au nombre de huit, l'abcès de la coxalgie, modifié par une longue série d'injections, diminue de volume, mais ne disparaît pas complètement, même après un traitement prolongé durant une longue période, jusqu'à deux ans et plus. D'autres fois, la collection disparaît, semble guérie pendant quelques mois et ensuite se reproduit : elle peut même ainsi s'effacer et reparaître deux ou trois fois successivement après des intervalles de guérison apparente de quelques semaines ou de quelques mois. On se trouve en présence d'abcès qui n'ont pas de tendance à s'ouvrir à l'extérieur, qui restent dans un état d'aseptie parfaite mais qui ne guérissent pas ou, si l'on veut, qui tardent indéfiniment à guérir d'une manière solide et définive. Tel était le cas chez cinq de nos malades.

Chez les trois autres, l'abcès, très volumineux, offrait une disposition anatomique complexe; il était formé de plusieurs poches, les unes profondes, les autres superficielles. Après une certaine période de traitement, il s'est trouvé que la collection venait à soulever la peau, à l'amincir.

[1] Mlle Bonet, *Traitement des abcès tuberculeux de la coxotuberculose et du mal de Pott*, 1895.

Dans l'une et l'autre des deux éventualités, d'une part, abcès peu volumineux résistant aux injections un temps indéterminé ; d'autre part, abcès menaçant de s'ouvrir à l'extérieur, un traitement opératoire est devenu, à notre avis, indiqué : opportun dans le premier groupe des cas, nécessaire dans le deuxième.

Jusqu'à l'été de 1895, nous n'avions opéré que deux malades dans les conditions que nous venons de spécifier. Un fait, survenu à cette époque, nous a engagé à opérer après une moins longue hésitation. Une fillette de 11 ans, atteinte d'une coxalgie compliquée de deux énormes abcès, l'un externe, l'autre interne, traités l'un et l'autre par une longue série de ponctions et d'injections modificatrices, semblait guérie; après un traitement laborieux qui avait duré plus d'un an, les collections avaient disparu; la hanche était débarrassée de tout gonflement; toute douleur avait cessé depuis quelques mois. L'enfant commençait à marcher avec des béquilles, la hanche immobilisée dans un appareil, lorsque survint une scarlatine. Sous l'influence de cette maladie intercurrente, la hanche fut le siège d'une poussée nouvelle et aiguë de tuberculose. En quelques semaines, un abcès se montrait avec un gonflement phlegmoneux et ne tardait pas à s'ouvrir à l'extérieur. Nous avons, dans ce cas, après la convalescence de la scarlatine, pratiqué l'arthrotomie et le curettage de la hanche. La guérison s'en est suivie avec un résultat orthopédique satisfaisant. Elle est confirmée depuis plus de dix-huit mois.

Deux succès obtenus antérieurement, à la suite d'une arthrotomie de la hanche suivie d'une réunion par première intention, l'exemple de cette enfant opérée elle aussi après l'application des injections modificatrices, mais dans des conditions défavorables, et la rapidité de la guérison dans ce cas nous ont engagé à intervenir un peu plus tôt chez les coxalgiques dont les abcès étaient réfractaires à la méthode des injections. La durée trop longue du traitement des abcès peut devenir par elle-même un danger en exposant à diverses complications, spécialement à l'aggravation qui résulte des affections intercurrentes. L'intervention, du reste, en hâtant la guérison, procure, comme on le verra, un résultat orthopédique satisfaisant.

Technique opératoire.

L'intervention opératoire, que nous avons pratiquée huit fois, est à proprement parler le curettage intégral du foyer tuberculeux : curettage de l'abcès extérieur, de la cavité coxale et du trajet de communication intermédiaire. Pour ouvrir, inspecter et curetter la hanche, nous enlevons de la tête et du col du fémur la quantité strictement suffisante. La tête fémorale, lorsqu'elle existe, et la

moitié interne du col sont les seules parties que je supprime. On verra dans la suite pourquoi il est au moins inutile d'enlever une portion plus étendue du fémur.

L'acte opératoire se compose de plusieurs temps successifs toujours exécutés dans le même ordre.

En premier lieu, l'abcès, qu'il siège en avant ou en arrière du grand trochanter, est incisé largement et traité minutieusement par la curette. On ne fait un curettage complet, sûrement complet, qu'à l'expresse condition d'inspecter *de visu* tous les recoins de la cavité tuberculeuse. Parfois on doit, de la sorte, inciser, pour en pratiquer le curettage, deux abcès superposés occupant des plans anatomiques différents (obs. I), ou deux abcès éloignés l'un de l'autre dans deux régions opposées, par exemple abcès fessier et abcès des adducteurs (obs. V).

Dans un deuxième temps, on cherche et on suit le trajet qui conduit à la hanche. La manœuvre, très facile si le trajet est court et direct, devient, au contraire, parfois beaucoup plus laborieux.

Nous avons vu un abcès antétrochantérien se continuer par un trajet qui, au lieu de se rendre à la hanche directement en dehors du tendon du psoas, suivant la disposition la plus habituelle, montait au devant du col et perforait la capsule sur le bord supérieur du col fémoral (obs. VI). Dans un autre cas (obs. IV), le trajet ayant aussi un point de départ dans un abcès antéro-externe contournait le bord supérieur du col, descendait en arrière et traversait la capsule près du tendon du muscle pyramidal.

Chez un troisième malade (obs. III), avec un point de départ semblable, il contourne encore de la même manière le bord supérieur du col fémoral, puis il traverse la région fessière, pénètre dans le petit bassin par la grande échancrure sciatique et parvient enfin sur la face pelvienne de la partie de l'ilium occupée par le cotyle.

On comprend qu'un trajet aussi complexe ait été peu favorable à la pénétration des liquides modificateurs dans la hanche. C'est déjà une explication de l'inefficacité des injections. Nous en trouverons d'autres.

L'arthrotomie est faite par la face antérieure ou par la face postérieure, suivant le siège de l'abcès. S'agit-il d'un abcès antéro-externe ou d'un abcès du triangle de Scarpa, on ouvre la hanche en avant. Avec un abcès fessier, on opère en arrière. Dans le cas moins fréquent d'abcès des adducteurs, nous aurions pratiqué, pour l'arthrotomie, une incision spéciale, distincte de l'ouverture de la collection.

La capsule coxofémorale découverte et incisée, nous saisissons le col fémoral, vers sa partie moyenne, entre les mors d'une pince-

gouge, à bec courbe et étroit, et, d'un seul coup, nous en enlevons une tranche sur toute son épaisseur ou peu s'en faut. Une seconde application de l'instrument termine, s'il est nécessaire, la section. Aussitôt après, on enlève la tête fémorale et le segment de col adjacent, puis on procède à un curettage sévère de la cavité capsulaire et du cotyle. Nous reviendrons sur les altérations variées que nous avons vues chez nos malades.

L'ablation du foyer tuberculeux étant enfin complète, nous avons l'habitude de faire un lavage avec la solution chaude de sublimé pour enlever les grumeaux osseux détachés, puis nous fermons complètement la plaie opératoire par des sutures au crin de Florence sans drainage.

La région est recouverte d'un épais pansement ouaté qui se prolonge en bas jusqu'au pied, en haut jusqu'à l'aisselle. Une solide attelle plâtrée, de la même longueur que le pansement, est appliquée au devant de la hanche pour assurer son immobilisation.

Causes anatomo-pathologiques de l'insuccès des injections modificatrices.

En revisant l'histoire de nos malades, et plus spécialement ce qui concerne les lésions anatomiques constatées au moment de l'opération, nous trouvons pour chaque cas une explication acceptable de l'insuccès des injections.

Rappelons que la longueur et la disposition complète du trajet de communication entre l'abcès et la cavité coxale font comprendre, dans trois cas, avec quelle difficulté l'influence du liquide modificateur injecté dans l'abcès pouvait s'étendre jusqu'à l'articulation.

Dans ces trois cas, l'abcès siège en avant et en dehors de la racine de la cuisse. De là le trajet, dans le premier cas, monte au devant du col et contourne son bord supérieur avant de traverser la capsule articulaire ; dans le deuxième cas, il suit un trajet semblable d'abord, mais va plus loin, puisqu'il descend en arrière du col ; chez le troisième malade, il passe au-dessus du col du fémur, traverse la profondeur de la fesse et entre dans le bassin par la grande échancrure sciatique. Au lieu de s'étonner de l'insuccès en pareil cas, il est permis de se demander, au contraire, comment la guérison aurait pu être obtenue.

Cinq fois nous avons noté la présence d'un séquestre dans le foyer tuberculeux. Sans doute la présence d'un séquestre n'empêche pas absolument la cicatrisation d'un foyer tuberculeux aseptique. Chez un assez grand nombre de malades, guéris d'un mal de Pott, un séquestre avec ou sans enveloppe de matière caséeuse reste emprisonné dans la masse du tissu cicatriciel qui réunit les

deux segments rachidiens. A l'autopsie d'un coxalgique, qui avait succombé à une méningite tuberculeuse, six mois après la guérison d'un abcès symptomatique de la coxalgie, nous avons trouvé la hanche complètement guérie ; la tête, déformée, privée de cartilage, était recouverte de tissu conjonctif lamelleux. De même, la cavité cotyloïdienne élargie se trouvait partout revêtue du même tissu conjonctif lâche. La tête fémorale était unie au bassin au moyen de ce tissu de réparation, parfaitement exempt de fongosités et de matière caséeuse ; mais un groupe de petits séquestres se trouvaient enveloppés au milieu des lamelles de tissu conjonctif. Cet exemple montre directement que des séquestres aseptiques peuvent demeurer dans la hanche à la manière des corps étrangers articulaires et ne rendent pas la guérison impossible. On admettra cependant que leur présence peut, au moins dans certains cas, être une cause de reproduction des abcès et par suite apporter un obstacle à la guérison.

Habituellement, les séquestres de la coxalgie, détachés de l'os iliaque au niveau des ulcérations tuberculeuses qui occupent la partie inférieure, déshabitée du cotyle, sont libres ou flottants dans la cavité articulaire. Chez un de nos opérés (obs. IV), il en était autrement ; un séquestre, entouré de caséum, remplissait une petite excavation creusée sur le bord antérieur du grand trochanter. Ce foyer, qui était vraisemblablement la lésion primitive de la coxalgie, communiquait avec la hanche par un trajet étroit et assez long, sous-jacent au ligament de Bertin. L'abcès symptomatique, que j'avais ponctionné et injecté avant l'opération, était en relation avec la hanche par un orifice situé sur un autre point de la capsule. Ici les injections avaient modifié la cavité articulaire, mais n'avaient pas agi sur le foyer primitif du trochanter. La disposition constatée dans ce cas est exceptionnelle.

L'énorme étendue et la forme multiloculaire des abcès opposent aussi une difficulté d'un autre ordre à l'action du liquide modificateur. Chez un de nos malades, un abcès à deux loges occupait la fesse (obs. VI) ; un autre également double soulevait le bord interne de la cuisse. L'intervention fut décidée parce que l'ouverture de l'abcès fessier paraissait inévitable. J'ai vu guérir chez d'autres malades des abcès aussi volumineux, aussi complexes dans leur disposition ; mais l'inconstance du succès ne peut étonner personne.

Est-ce à dire que les injections modificatrices, qui n'ont pas amené la guérison complète chez nos opérés, n'aient procuré aucun bénéfice thérapeutique ? Nous pensons le contraire.

Les cavités tuberculeuses, celle de l'abcès et celle de l'articulation, étaient remarquablement simplifiées chez la plupart de nos

malades. Nous y avons trouvé peu ou pas de fongosités ; les diverticules, si fréquents dans les abcès non modifiés, faisaient à peu près défaut et, point plus important, la cavité articulaire était, chez plusieurs de nos malades, partiellement réparée. La tête fémorale adhérait au bassin et la cavité fongueuse articulaire s'était fort rétrécie. La réparation de la hanche était même complète dans le cas déjà mentionné de ce malade, chez lequel le trajet faisait suite à l'abcès conduisant dans le bassin par la grande échancrure sciatique. La tête fémorale était soudée au bassin et le cotyle déformé ne contenait aucun vide fongueux, en sorte que nous avons ouvert et traversé une hanche guérie avant d'atteindre et d'enlever les restes intrapelviens du foyer tuberculeux.

On peut nous objecter que l'ancienneté de la coxalgie chez nos malades explique le travail plus ou moins avancé de la réparation. Au lieu de nier le fait, il convient plutôt d'ajouter que les ponctions et les injections, en enlevant le contenu caséeux des abcès, en modifiant leur cavité et en empêchant en somme leur ouverture, ont donné au malade le temps de guérir partiellement sans infection secondaire. Au reste, la diminution de volume des abcès, leur guérison apparente, l'amélioration de la santé générale, témoignent encore en faveur de la méthode des injections chez nos malades auxquels elle n'a pas procuré une guérison complète.

En un mot, les injections modificatrices ont simplifié la cavité tuberculeuse, et si, en raison de circonstances spéciales que nous avons essayé de déterminer, elles n'ont pas, à elles seules, conduit à la guérison, elles ont préparé et facilité le succès du curettage.

Résultats thérapeutiques immédiats et incidents post-opératoires.

La réunion par première intention a été obtenue intégralement chez tous nos opérés, à l'exception d'un seul, chez lequel elle n'a été que partielle. Dans ce cas (obs. IV), les abcès très volumineux distendaient à la fois la région fessière et la région des adducteurs. Après l'opération, les abcès de la région interne se sont réunis totalement ; les foyers fessiers, imparfaitement comprimés par le pansement, se sont trouvés distendus par un épanchement séro-sanguin qui soulevait la peau.

Au bout de quinze jours, sans réaction fébrile, cet épanchement s'évacue à l'extérieur, nous ouvrons de nouveau largement la plaie ; la cavité est traitée par la curette. Mais cette fois le pansement est fait avec drainage. Il en est résulté une fistulette qui n'a été définitivement guérie qu'au bout de cinq mois.

Ce fait excepté, nous nous sommes bien trouvé de l'absence du

drain qui, à la région de la hanche, peut devenir dans une certaine mesure, une cause d'infection. Il est difficile, en effet, d'empêcher que le suintement abondant qui s'échappe par le drain après l'opération ne dépasse les limites du pansement soit du côté du pligénito crural, soit du côté du pli interfessier. Le pansement dès lors cesse d'être clos. En supprimant le drain, on empêche le suintement et on évite le danger qui en résulte.

Peu d'incidents consécutifs se sont produits. Un seul mérite une note détaillée. Chez l'enfant de notre observation II, les suites opératoires avaient été simples et régulières, lorsque au bout d'un mois révolu survint une fièvre violente, à accès vespéral : le thermomètre atteignait 38°,5, 39° le matin, 39° et 39°5 le soir.

Aucune complication viscérale n'expliquant cet état, on en cherche la cause du côté de la région opérée. On n'y trouve aucun point douloureux, aucune trace de gonflement. Cependant, après quinze jours de fièvre, nous incisons la cicatrice jusque dans le cotyle : elle est parfaitement solide. Nous la refermons.

Quinze jours plus tard, soit après un mois de fièvre, deux mois après l'opération, un point douloureux sans gonflement notable se montre au milieu de la fesse : l'opération avait été pratiquée en avant. Une incision découvre un foyer rempli de fongosités sans pus. Ce foyer est vidé à la curette et drainé. Il ne communique pas avec la première plaie opératoire.

Au bout de deux mois, la cicatrisation du trajet du drain est obtenue et cette fois définitivement. Le malade est maintenant guéri depuis deux ans et demi.

Nous pensons que la complication post-opératoire tardive, survenue dans ce cas, est due à la présence au milieu de la fesse d'un prolongement fongueux qui nous avait échappé au moment de l'opération et qui à la suite du traumatisme et même d'une infection légère, sans influence, sur les tissus sains, s'était enflammée au bout de plusieurs semaines, alors que la plaie opératoire était assez solidement réunie pour ne pas se laisser envahir.

Chez deux autres malades, un petit foyer fongueux s'est produit au milieu des parties molles dans la première quinzaine (obs. III), au bout de six mois (obs. VIII). Des légères cautérisations au nitrate d'argent ont vite réprimé cette reproduction fongueuse qui n'a en rien empêché la guérison définitive. Le malade de l'observation VIII s'est fracturé la cuisse du côté malade, cinq mois après l'opération, en tombant de son lit.

Le traumatisme peut-il être incriminé comme cause de la reproduction de l'abcès fessier qui est survenu pendant le traitement de la fracture ? Nous ne saurions le dire. Il y a eu du moins coïncidence des deux accidents.

Résultats thérapeutiques éloignés.

La guérison, obtenue chez tous nos opérés, est confirmée depuis une période assez longue : deux ans et demi (1 cas), de cinq à douze mois (6 cas) ; notre premier opéré est resté en observation pendant quinze mois, après l'intervention, sans menace de récidive.

Beaucoup de chirurgiens affirment la guérison définitive pour tous les cas. Nous espérons qu'elle l'est, en effet, pour la plupart.

Mais une certaine réserve s'impose toujours lorsqu'il s'agit de la guérison de la coxalgie.

La hanche malade a été fixée par une ankylose assez solide chez quatre de nos malades. Chez les quatre autres, la cuisse se fléchit de 45 à 60 degrés.

Le raccourcissement du membre opéré est constant, mais non excessif : 3 centimètres dans trois cas ; 4^{cm},5 dans un cas ; 5 centimètres dans trois cas.

Analysons les causes de ce raccourcissement. Et d'abord, nous tenons à dire que le raccourcissement, seul intéressant pour nous, est la différence de niveau des deux talons. C'est ce raccourcissement qui se traduit par une claudication, c'est le raccourcissement fonctionnel, seul à considérer dans la pratique. *Peu importe, au reste, les résultats de la mensuration du membre entre deux points de repère, par exemple, l'épine iliaque et malléole, dont la distance varie selon la position du malade.*

Nous laissons le membre malade étendu dans l'attitude qu'il a prise, adduction, abduction des positions normales ; cette position est fixe ou peu s'en faut, c'est elle qui commande l'attitude du membre sain dans la marche. Les deux membres étant rapprochés l'un de l'autre, nons déterminons la différence du niveau des deux talons et nous donnons à cette différence le nom de raccourcissement fonctionnel, parce qu'il est conservé dans la station et dans la marche.

Cela dit, le raccourcissement fonctionnel se compose de trois éléments, dont aucun n'est tout à fait constant, mais qui s'additionnent habituellement dans la coxalgie ancienne.

Ces trois éléments sont :

1° L'ascension du grand trochanter, traduisant la luxation de la hanche ;

2° Le raccourcissement réel du fémur et du tibia ;

3° L'adduction de la cuisse entraînant nne élévation du côté correspondant du fémur et du tibia, lorsque le malade s'appuie sur le membre malade.

Chez nos opérés, l'ascension du grand trochanter, le plus souvent

limité à 10 ou 15 millimètres, ne dépassait 2 centimètres que dans un cas où il a atteint 5 centimètres.

Le raccourcissement réel des grands os du membre malade n'offrait qu'une faible importance chez la plupart de nos opérés. Nous avons vu cependant, tantôt le fémur, tantôt le tibia du côté malade plus court de 5 à 10 millimètres que son congénère du côté sain. Une seule fois (obs. II), le raccourcissement du membre opéré, qui était de 6 centimètres, est dû exclusivement au raccourcissement réel du fémur et du tibia : le fémur est raccourci de 3 centimètres; le tibia de 2.

Cette dystrophie du squelette n'est pas spéciale aux opérés. On l'observe aussi bien dans la coxalgie ancienne, non guérie ou guérie spontanément, Dans la coxalgie, comme au reste dans les autres arthrites tuberculeuses, les os longs sont modifiés dans leur croissance en sens divers. Lorsqu'il s'agit de la tumeur blanche du genou, on observe fréquemment un allongement notable du fémur, moins souvent un allongement du tibia, d'autres fois un raccourcissement de ces deux os ou de l'un d'eux En ce qui concerne la coxalgie, la diaphyse du fémur est souvent allongée, nous avons constaté le fait par des mensurations exactes à l'autopsie. Elle peut être raccourcie, nous venons de le voir dans un cas. Le tibia est presque toujours plus court du côté de la coxalgie. Par exception, nous l'avons vu parfois plus long.

Nous ne faisons qu'énoncer ici cette question du ralentissement ou de l'accélération de la croissance des grands os du membre coxalgique. Dans l'appréciation du raccourcissement de l'ensemble du membre, il importe d'en tenir compte, puisque le fémur et le tibia ont très souvent une longueur différente de celle de leurs congénères, généralement par défaut, exceptionnellement par excès. C'est ainsi que les troubles de croissance contribuent en général au raccourcissement du membre malade et, dans quelques cas rares, le corrigent en partie.

On a vu que, chez un de nos opérés, le raccourcissement du fémur et le raccourcissement du tibia s'élevaient ensemble à 5 centimètres et, dans ce cas, la position du membre est normale, l'ascension du grand trochanter nulle. Il en résulte que, si le membre opéré est plus court, cette difformité est due exclusivement au ralentissement de la croissance du squelette.

Nous avons aussi observé plusieurs coxalgiques non opérés chez lequels le raccourcissement du fémur et du tibia atteint jusqu'à trois, quatre, cinq et même six centimètres.

Si nous insistons, en quelques mots, sur cette cause trophique du raccourcissement chez les coxalgiques ou, d'une manière générale, chez les sujets atteints de tuberculose articulaire ancienne,

c'est que les auteurs négligent trop d'en parler et d'en montrer la réelle importance dans certains cas.

Quoi qu'il en soit, le chirurgien, en présence d'nne coxalgie guérie avec raccourcissement du membre, reste impuissant contre les deux premières causes de raccourcissement que je viens d'indiquer : ascension du grand trochanter et ralentissement de la croissance du squelette.

Il peut, au contraire, agir efficacement contre la troisième cause, l'adduction de la cuisse. A cette déviation appartient souvent une large part du raccourcissement fonctionnel et, en tout cas, on peut lui attribuer une exagération singulière de la claudication.

On remédie à l'adduction par le redressement sous le chloroforme, ou mieux par une ostéotomie sous-trochantérienne qui reste facilement et utilement praticable chez nos opérés, auxquels nous n'avons supprimé qu'une partie du col du fémur. Nous avons eu recours à cette ostéotomie orthopédique chez un de nos huit malades (Obs. II). Il convient, du reste, de ne pas se hâter, car si l'adduction augmente chez certains coxalgiques après la guérison de la hanche, chez d'autres, au contraire, elle diminue par l'effet de la marche. Dans un cas comme dans l'autre, il vaut mieux attendre avant d'opérer dans un but orthopédique.

En ce qui regarde nos huit opérés, le raccourcissement du membre malade est faible ou moyen. Chez tous, l'usage d'une chaussure à semelle surélevée rend la claudication très supportable.

Tout ce qui précède se résume brièvement. Lorsque, par exception, les abcès fermés de la coxalgie n'ont pas été guéris par une longue application de la méthode des injections modificatrices, nous avons eu recours à une intervention opératoire, dans laquelle la résection des os est limitée au minimum, à la suppression d'une partie du col fémoral, tandis que le rôle principal est attribué à l'ablation par la curette du foyer tuberculeux tout entier, au curettage complet, autant que possible. Huit cas nous ont fourni huit guérisons par première intention, avec résultat orthopédique satisfaisant.

Obs. I. — *Coxalgie droite avec un énorme abcès dans la fesse. Treize ponctions suivies d'injection de naphtol camphré en sept mois. L'abcès persiste. Curettage de la hanche et de l'abcès ; deux séquestres. Réunion par première intention. Guérison*[1].

Albert L..., âgé de huit ans et demi, entre à l'hôpital maritime le 17 juin 1892 pour une coxalgie droite avec flexion de 30°, abduction, rotation en dehors très marquée. Un abcès volumineux soulève la fesse.

[1] Observation déjà publiée dans la *Thèse de doctorat de Mlle Bonet*, p. 139. Paris, 1895.

On fait treize ponctions du 30 janvier au 2 août 1893 sans obtenir de résultat. En octobre, on sent encore dans la fesse une tumeur fluctuante assez volumineuse qui vient faire saillie immédiatement en arrière du grand trochanter. On se décide à curetter l'abcès à la surface duquel la peau s'amincit.

Le 9 octobre, curettage de la hanche. D'abord incision de l'abcès et grattage de sa paroi.

On recherche la communication de l'abcès avec la hanche et on trouve, après une recherche minutieuse, un trajet étroit traversant la face postérieure de la capsule.

On agrandit cet orifice au bistouri. La curette introduite dans la hanche ramène d'abord deux séquestres. Avec le même instrument, on enlève la tête et une partie du col du fémur. A la surface du cotyle, le doigt sent plusieurs fossettes séparées l'une de l'autre par les arêtes osseuses. Ce sont autant d'ulcérations produites directement par l'action des fongosités, sans cause mécanique, sans rapport avec la compression exercée par la tête fémorale. Les arêtes qui séparent et limitent ces dépressions sont enlevées avec la pince-gouge.

La plaie opératoire est réunie sans drain. Cette réunion par première intention se maintient intégralement. L'enfant reste seize mois à Berck après l'opération. La guérison est restée confirmée durant cette période. La marche n'a été autorisée que dix mois après la résection, avec l'usage d'une chaussure à semelle un peu surélevée. Le raccourcissement fonctionnel est de 4 centimètres.

Obs. II. — *Coxalgie droite ancienne. Abcès tuberculeux sous-épineux, non guéri après plusieurs injections pendant plus de deux ans. Curettage de la hanche. Réunion par première intention. Guérison depuis trente mois.* (Résumé.)[1]

Vaul..., garçon de 10 ans, est amené en juillet 1893. Il marche avec des béquilles et passe pour être en convalescence.

On trouve un abcès sous-épineux déjà traité à Paris par des injections d'éther iodoformée.

L'enfant est couché et l'abcès traité par des injections de naphtol camphré.

En août 1894, malgré un certain nombre d'injections, l'abcès persiste. On pratique le curettage de l'abcès et la résection de la hanche.

L'abcès sous-épineux, de forme allongée, est incisé sur toute sa longueur et curetté. Il communique en haut avec la hanche. L'articulation est ouverte en avant par incision de la capsule.

Après l'ablation du col et de la tête du fémur, on détache de l'os iliaque avec la curette un noyau osseux, du volume d'une cerise entouré, de matière caséeuse et formé de tissu dense blanc jaunâtre (infiltration tuberculeuse).

Après l'extraction de ce séquestre, la cavité du cotyle est régularisée,

[1] Cette observation est déjà publiée dans la *Thèse de doctorat de Mlle Bonet*, p. 151. Paris, 1895).

les parties molles grattées avec la curette. Puis on ferme complètement la plaie.

La réunion par première intention est obtenue d'une manière parfaite.

Un mois après l'opération, apparaît une fièvre continue à exaspération vespérale ; le thermomètre atteint 39°, 39°,5 et même 40° le soir

Cet état persiste trois semaines. On cherche son explication du côté de la hanche. La cicatrice est même incisée, déclivée profondément avec la sonde cannelée jusqu'au contact de l'os iliaque. On ne rencontre rien de ce côté.

Enfin, on trouve un point douloureux au milieu de la fesse.

Une incision sur ce point découvre un foyer rempli de fongosités sans pus. Un drain est placé dans la plaie. Aussitôt la fièvre tombe définitivement. La fistule se cicatrise en deux mois environ.

Ce foyer fessier, rempli de fongosités ne communiquait pas avec la hanche.

Sa production, un mois après la résection, paraît due à un prolongement fongueux du côté de la fesse non atteint par la curette au moment de la première opération. Ce foyer, faiblement infecté, sans doute, ne s'est manifesté par des phénomenes inflammatoires qu'au bout de plusieurs semaines, pendant lesquelles la plaie de la résection avaient eu le temps de se cicatriser d'une manière solide et définitive.

La guérison de ce malade se maintient depuis deux ans et demi.

Le membre opéré se trouvant dévié fortement en adduction, nous avons dû, le 19 novembre 1896, pratiquer une ostéotomie sous-trochantérienne pour corriger cette attitude vicieuse. Le membre a repris une bonne direction et la différence de niveau des deux talons, qui était de huit centimètres avant l'ostéotomie, se trouve maintenant réduite à cinq.

Ces cinq centimètres de raccourcissement sont exclusivement dus aux ralentissements de la croissance du fémur et du tibia :

Longueur du fémur droit (côté malade), 34.

Longueur du fémur gauche (côté sain), 37.

Longueur du tibia droit (côté malade), 32.

Longueur du tibia gauche (côté sain), 36.

Obs. III. — *Coxalgie gauche. Abcès tuberculeux dans la région des adducteurs. Abcès de la partie supérieure et externe de la cuisse. Injection de naphtol camphré. Guérison apparente, puis reproduction des abcès. Résection de la hanche. Foyer intrapelvien. Guérison depuis cinq mois.*

H. M... arrive à Berck le 12 août 1893, à l'âge de 8 ans 1/2, atteint d'une coxalgie gauche exempte de complication.

Un abcès volumineux apparaît dans l'épaisseur des muscles adducteurs de la cuisse en décembre 1893, un peu plus tard un deuxième abcès dans la région externe de la cuisse..

Vingt-cinq ponctions, suivies pour la plupart d'injections de naphtol camphré, sont pratiquées dans l'un ou l'autre abcès depuis le 28 dé-

cembre 1893 jusqu'au 26 janvier 1895. A cette dernière date, les abcès semblent guéris. Les détails de cette partie de l'observation sont rapportés dans la thèse de Mlle Bonet (Traitement des abcès tuberculeux de la coxotuberculose et du mal de Pott par les injections de naphtol camphré, 1895). La guérison se maintient huit mois. Puis l'abcès de la face externe de la cuisse se reproduit. Une nouvelle série de ponctions et d'injections amène une nouvelle guérison apparente.

Une deuxième reproduction de l'abcès occasionne une reprise des injections.

Enfin je me décide à intervenir.

Le 14 décembre 1896, arthrotomie de la hanche.

D'abord, on incise l'abcès de la cuisse et on en pratique le curettage.

Dans un deuxième temps, je poursuis le trajet articulaire de l'abcès. Cette recherche est laborieuse. Le trajet remonte au devant du grand trochanter s'insinue sous les muscles fessiers, contourne le bord supérieur puis la face postérieure du col fémoral, se dirige vers la grande échancrure sciatique et par cette échancrure pénètre dans le bassin.

Un troisième temps consiste à inciser la capsule coxale au devant et au-dessous du col, à sectionner le col près de sa base. à l'enlever avec la tête.

Ensuite on sectionne avec la pince-gouge l'os iliaque entre la grande échancrure sciatique et le cotyle pour mettre à découvert la partie intra pelvienne du trajet. Dans le nid tuberculeux retrocotyloïdien se trouve un séquestre blanc, infiltré de tubercules dans une partie de son étendue, vascularisé sur une autre partie encore adhérente aux parties molles.

Détail à noter : la tête fémorale était intimement adhérente au cotyle et le cotyle n'était pas perforé. Autrement dit, la cavité de la hanche paraît complètement séparée. La soudure fibreuse de la tête fémorale au cotyle était si intense qu'au moment de l'ablation de la tête, une partie en est restée attachée à l'os iliaque.

La lésion qui persiste et qui était la source de l'abcès fémoral était exclusivement intrapelvienne, rétrocotylienne.

Malgré l'étendue de la plaie opératoire, nous faisons une réunion complète sans drainage.

Aucune complication durant la première semaine qui a suivi l'opération. Ensuite une petite masse fongueuse dont la production s'accompagne de fièvre soulève la partie moyenne de la cicatrice. Je me contente de détruire ce petit amas fongueux qui ne contient pas de pus, en abandonnant dans son épaisseur un fragment de crayon de nitrate d'argent. La fièvre cesse. Une fistulette qui persiste six semaines finit par se cicatriser. Le 1er novembre la guérison est complète.

Le 2 avril 1897 l'enfant marche avec un appareil silicaté pour protéger la hanche opérée, appareil qui peut être enlevé et remis en place à volonté.

La hanche est fixée par une ankylose fibreuse assez serrée. La flexion est nulle. L'attitude du membre est bonne. Flexion et adduction à peu près nulles.

Le raccourcissement du membre opéré apprécié par la différence de niveau des deux talons est de 3 centimètres. Les deux tibias ont une longueur sensiblement égale, 29 centimètres.

Le fémur droit a une longueur de 36 centimètres ; le fémur gauche, 34 centimètres.

Le grand trochanter est surélevé de 1 centimètre environ.

En somme, le raccourcissement peu marqué du membre est composé de deux éléments : 1° ascension du grand trochanter, 1 centimètre ; ralentissement de la naissance du fémur, du côté malade, 2 centimètres. L'attitude du membre est normale.

La marche a lieu avec une claudication légère.

La santé générale est excellente.

Obs. IV. — *Coxalgie droite. Abcès traité par les injections de naphtol camphré. Disparition puis reproduction de cet abcès. Curettage de la hanche et de l'abcès suivi de réunion par première intention. Guérison depuis neuf mois.*

Vil..., fille de 8 ans, est admise une première fois au Petit-Hôpital en novembre 1893.

Elle est atteinte d'une coxalgie droite, compliquée d'un volumineux abcès, située sur la face externe de la cuisse. On pratique dans cet abcès des injections de naphtol camphré, répétées environ tous les quinze jours. Après quatre mois de ce traitement, l'abcès a presque disparu, mais il en reste une trace sensible à l'exploration. Les parents reprennent l'enfant le 1er mars 1894 et le conservent chez eux, au repos, jusqu'au 1er janvier 1896.

A cette dernière date, l'enfant rentre au Petit-Hôpital, l'abcès s'est reproduit avec son volume primitif : 10 centimètres de longueur, 6 à 8 centimètres de largeur.

Quatre nouvelles ponctions sont pratiquées : l'abcès diminue à peine de volume.

Le 27 juillet 1896, on pratique l'arthrotomie de la hanche et le curettage de l'abcès.

Dans un premier temps, on incise l'abcès verticalement sur toute sa longueur et on en pratique le curettage.

Ensuite, on poursuit son prolongement supérieur qui conduit à la hanche. Ce trajet suit une direction un peu anormale. Au lieu de pénétrer dans la hanche en avant, il monte en suivant la face antérieure du col fémoral, contourne son bord supérieur, descend en arrière et ne traverse la capsule qu'au-dessus du milieu de la face postérieure du col fémoral.

Ce fait constaté, on incise largement la capsule ; le col fémoral est sectionné à sa base, puis enlevé avec la tête en laissant une partie du col. Le cotyle agrandi en haut offre une conformation régulière. On n'y trouve pas d'ulcération tuberculeuse en godet.

Du côté du fémur on rencontre au contraire un nid tuberculeux dont le siège et la disposition sont intéressantes. Ce nid occupe le bord an-

térieur du grand trochanter, son volume est comparable à celui de l'extrémité de l'index. Son contenu est formé de matière caséeuse et d'un petit sequestre blanc d'infiltration tuberculeuse. La cavité tuberculeuse communique en dedans avec la hanche. Malgré sa situation au devant du trochanter, elle n'est nullement en relation avec le trajet de l'abcès qui passe à son voisinage.

Il est probable que le nid trochantérien est, dans ce cas, la lésion osseuse primitive qui a produit secondairement la coxalgie.

Après le curettage de la cavité articulaire, du nid tuberculeux trochantérien et du trajct de l'abcès, la plaie opératoire est fermée complètement sans drain, la région recouverte d'un épais pansement ouaté et immobilisée par unc attelle plâtrée étendue depuis le pied jusqu'au milieu du sternum.

La réunion s'est faite sans aucun incident.

Le 20 septembre, l'enfant quitte le Petit-Hôpital et est transférée à Saint-Paul-sur-Mer. Nous apprenons, au 1er janvier, que la guérison est pleinement confirmée.

Deux détails anatomiques sont à noter. La disposition du trajet allant de la hanche à l'abcès de la cuisse. Ce trajet parti de la face postérieure de la capsule contourne le col en haut puis descend en avant. Cette longueur inusitée d'un trajet du reste très étroit, était défavorable à l'action du naphtol camphré, au delà de l'abcès lui-même. Ce premier fait explique l'insuccès des injections. En second lieu, le foyer osseux du bord antérieur du grand trochanter contenait un séquestre : deuxième condition rendant plus difficile la guérison sans intervention sanglante.

Obs. V. — *Coxalgie droite. Abcès volumineux faisant saillie à la fois dans la région des adducteurs et dans la fesse. Nombreuses injections de naphtol camphré sans succès. Arthrectomie. Guérison après une période fistuleuse de quatre mois.*

Ch. A..., fille de 7 ans 1/2, entre à l'hôpital maritime le 13 février 1896. Elle est atteinte d'une coxalgie droite. Un appareil plâtré immobilise la hanche malade.

Cet appareil enlevé le 20 février, on constate la présence d'une vaste collection qui remplit la région des adducteurs et qui, en même temps, fait saillie du côté de la fesse. La fluctuation se transmet d'un côté à l'autre de la cuisse.

Des ponctions suivies d'injections de naphtol camphré sont pratiquées sur les deux points superficiels de la collection ; vingt-quatre ponctions et injections depuis le 20 février jusqu'au 4 juillet. A aucun moment, une fistule ne s'est établie, l'ensemble de la collection a même fini par diminuer de volume. Mais, lc peu de progrès obtenu nous engage à tenter une intervention opératoire.

Le 10 juillet, on pratique la résection de la hanche.

Incision et curettage des abcès postérieur et interne. L'abcès interne est bilobé : il se compose de deux cavités, l'une superficielle

sous-aponévrotique, l'autre, plus volumineuse, profonde inter-musculaire ; celle-ci communique avec la hanche à travers la partie interne de la capsule.

L'abcès postérieur sous-jacent au grand fessier se continue supérieurement avec un trajet qui pénètre dans le bassin par la grande échancrure sciatique et arrive à la face pelvienne du cotyle.

La hanche étant largement ouverte par sa face postérieure (incision de l'abcès fessier), on sectionne le col fémoral à sa base pour enlever le col et le reste de la tête fémorale. Cette tête est presque entièrement détruite par ulcération.

Le cotyle est largement perforé ; au fond de cette perforation, qui occupe la partie inférieure du cotyle sans aucun rapport avec la tête fémorale, on trouve deux petits sequestres. Le cotyle est du reste élargi dans sa partie supérieure, sur la partie qui était en contact avec le fémur.

Après le curettage des abcès et de la cavité articulaire, on pratique avec la pince-gouge une section de l'os iliaque entre la perforation cotyléenne et la grande échancrure sciatique afin de mettre en vue et de curetter la partie intra-pelvienne du trajet d'origine de l'abcès fessier.

La cavité opératoire très vaste est lavée avec la solution de sublimé, afin d'enlever les débris libres de fongosités et d'os. Puis, les plaies sont fermées complètement sans drain : plaie de l'abcès des adducteurs, plaie de l'abcès fessier et de la résection. Pansement ouaté. Grande attelle plâtrée.

Le pansement est renouvelé le huitième jour. Aucune ascension de température ne s'est produite. La cavité de l'abcès interne paraît réunie. Mais la région fessière est distendue par un énorme épanchement sanguin. Lorsque les fils sont enlevés, j'évacue cet épanchement par une étroite déchirure de la cicatrice.

Un suintement séro-sanguin abondant souille le deuxième pansement. Au bout de la deuxième semaine on constate que l'écoulement est mêlé de pus.

Immédiatement l'enfant est endormie. Un nouveau curettage est pratiqué dans toute la cavité postérieure et la plaie est réunie de nouveau, mais avec un drain. Cette fois, la réunion est obtenue, sauf le trajet du drain. Une fistulette donnant lieu à un écoulement insignifiant a persisté durant quatre mois, puis a guéri.

Dans ce cas, l'épanchement sanguin, qui a rempli la cavité opératoire et a mécaniquement empêché la réunion, est attribuable à l'énorme capacité de la cavité opératoire, à la grande étendue aussi des surfaces osseuses dénudées, col fémoral, cotyle, section de l'os iliaque. Cet épanchement sanguin et son évacuation, qui a paru nécessaire à cause de la minceur des parties molles qui le recouvraient, ont été les circonstances favorables à l'infection de la cavité. Il en est résulté un retard de la guérison, sans autre inconvénient du reste.

On doit encore noter le peu d'abondance des fongosités trouvées

pendant l'opération ; c'est à peine si la curette détache une mince couche de bourgeons charnus durs et d'une belle couleur rosée.

Le 2 avril 1897, l'enfant marche depuis un mois.

Le raccourcissement fonctionnel ou différence de niveau des deux talons est de 4 centimètres 1/2.

Les deux fémurs sont de même longueur : 31 centimètres 1/2.

Longueur du tibia droit, côté malade, 25^{cc},5.

Longueur du tibia gauche, côté sain, 26 centimètres.

Ascension du grand trochanter, du côté malade, au-dessus de la ligne de Nélaton, 25 millimètres.

Le membre malade est dans une légère adduction.

Le raccourcissement de 4 centimètres 1/2 se compose de ses trois éléments habituels :

Diminution de la croissance du squelette, 5 millimètres.

Ascension du grand trochanter, 25 millimètres.

Adduction, 10 millimètres.

Obs. VI. — *Coxalgie gauche. Abcès antéro-externe. Quinze injections de naphtol camphré sans succès. Curettage de la hanche et de l'abcès. Réunion par première intention. Guérison depuis six mois.*

Doss., fille de 12 ans, entre à l'hôpital maritime le 12 décembre 1895 avec une coxalgie dont le début remonte à deux ans. Au moment de l'arrivée à Berck, la hanche est immobilisée par n appareil plâtré.

Lorsque cet appareil est enlevé, trois semaines plus tard, on trouve que la cuisse est déviée en adduction sans élévation notable du grand trochanter ; un abcès occupe la face antéro-externe de la cuisse.

L'enfant est maintenue couchée. L'abcès est traité par les injections de naphtol camphré. Au bout de sept mois de ce traitement : 15 ponctions et injections, l'abcès est diminué de volume, mais la peau s'est amincie à sa surface. Une intervention est décidée.

Le 19 octobre 1896, on pratique la résection de la hanche.

On commence par inciser et curetter la cavité de l'abcès dont la disposition est très sinueuse. Un prolongement remonte dans l'épaisseur de la fesse sous les grand et moyen fessiers. En bas, il descend jusqu'au milieu de la cuisse avec un diamètre très étroit. De son bord antérieur vers le milieu de sa longueur, se détache un trajet étroit qui monte à la limite externe du triangle de Scarpa vers la hanche et parvient au bord supérieur du col fémoral. C'est à ce niveau qu'il pénètre dans la hanche.

La capsule est incisée au-devant du col, le col sectionné près de sa base est enlevé avec le reste de la tête.

On trouve un petit séquestre complètement libre dans la cavité articulaire.

La tête dont le volume est très réduit se trouve en partie adhérente au cotyle par du tissu cicatriciel. Le cotyle est agrandi, déformé, dépourvu de cartilage articulaire comme la tête, mais non perforé.

La plaie est complètement réunie. après un curettage minutieux de

toute la cavité tuberculeuse. Les fongosités faisaient presque entièrement défaut sauf dans le trajet de communication entre l'abcès et l'articulation.

Aucun incident post-opératoire. Ablation des crins à suture au bout de huit jours. Le pansement n'est ensuite renouvelé que dans le but de surveiller la région. La réunion se maintient intégralement.

Le 2 avril 1896, l'enfant marche avec un appareil silicaté.

La flexion de la hanche atteint 45 degrés.

Les deux tibias, d'une part, les deux fémurs, d'autre part, ont une longueur égale du côté malade et du côté sain. La direction du membre est bonne. Le raccourcissement fonctionnel du membre opéré qui atteint près de cinq centimètres est dû exclusivement à l'ascension du grand trochanter.

Obs. VII. — *Coxalgie gauche. Abcès de la région de la fesse et abcès antéro-externe. Vingt-quatre injections de naphtol camphré sans succès. Curettage suivi de réunion par première intention. Guérison depuis onze mois.*

Bert., garçon de 11 ans, entre au Petit Hôpital, le 21 janvier 1895, avec une coxalgie gauche.

La cuisse est légèrement fléchie, en adduction très marquée, sans rotation en dedans ni en dehors.

Le grand trochanter est élevé un peu au-dessus de sa position normale. Le niveau du talon du côté gauche est à trois centimètres au-dessus du niveau du talon du côté droit.

Les deux tibias offrent la même longueur ; le pied gauche est un peu plus court que le pied droit.

Les ganglions situés au-dessus et en dedans du pli de l'aine sont engorgés. La santé générale est médiocre : teint mat, pâle, maigreur, appétit faible.

Le malade est mis au repos, couché sur un lit mobile.

Un abcès se montre sans douleur au mois de mai 1895. Il fait saillie en arrière du grand trochanter. On le traite par les ponctions et les injections de naphtol camphré : vingt-quatre injections sont pratiquées en onze mois. L'abcès fessier diminué de volume, ne disparaît pas complètement ; de plus un deuxième abcès se montre au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure en avril 1896.

Le 26 mai 1896, arthrotomie de la hanche. On pratique d'abord l'incision large et le curettage de l'abcès fessier. La sonde cannelée pénètre dans la hanche par sa face postérieure par un trajet qui traverse la capsule, près de son insertion à l'os iliaque. La capsule est incisée le col fémoral sectionné près de sa base est enlevé avec la tête.

La partie supérieure du cotyle est profondément ulcérée ; sur elle reposait la tête fémorale elle-même déformée par ulcération.

Sur la partie inférieure du cotyle, que remplit un amas de fongosités, on trouve une dépression en capsule large d'un centimètre, contenant un petit séquestre. Cette ulcération en capsule ne perfore pas complètement l'os iliaque.

L'abcès antérieur, sous-épineux est curetté par la cavité articulaire, sans examen direct *de visu*, sans incision de la peau à son niveau.

La plaie opératoire nettoyée, avec la solution chaude de sublimé, est fermée complètement et sans drain à l'aide de suture au crin de Florence.

Une attelle plâtrée allant du pied à la partie supérieure du thorax, et comprise dans le pansement, immobilise la hanche.

Aucun incident post-opératoire. Les sutures sont enlevées le huitième jour. La réunion paraît complète, sans ganglement des parties molles. L'immobilisation de la hanche est maintenue.

Trois mois après l'opération, l'abcès sous-épineux, qui a été curetté d'une manière incomplète, reparaît. Il offre une longueur de 6 centimètres sur un diamètre de 8 millimètres.

Nous l'enlevons le premier septembre 1896 par dissection sans ouvrir sa cavité. On constate qu'il se termine en pointe supérieurement. Cette pointe ne pénètre pas dans la hanche opérée, elle s'arrête dans les parties molles et n'affecte aucun rapport avec les os. Cet abcès est considéré comme le résultat d'un curettage qui est resté incomplet parce qu'il a été fait sans l'incision antérieure qui eût permit l'examen *de visu*. La plaie est réunie complètement.

Cette petite opération complémentaire a parfait la guérison qui se trouve confirmée depuis cette époque.

L'enfant quitte l'hôpital maritime en janvier 1897 ; il marche la hanche protégée par un appareil.

Le raccourcissement fonctionnel, différence de niveau des deux talons, lorsque les deux membres inférieurs sont rapprochés l'un de l'autre est de 4 centimètres. Le membre opéré est dans une légère adduction. Le fémur se fléchit sur le bassin de 45° environ.

Obs. VIII. — *Tuberculose multiple. Coxalgie gauche. Mal de Pott lombaire. Cicatrice adhérente à la dixième côte gauche. Cicatrice d'adénite sus-claviculaire. Abcès tuberculeux de la fosse iliaque gauche descendant dans la cuisse en passant sous le pli de l'aine. Traitement de cet abcès par les injections de naphtol camphré. Guérison apparente. Reproduction d'un abcès. Curettage de la hanche et de l'abcès. Réunion par première intention. Guérison.*

Gu., garçon de 11 ans, entre à l'hôpital maritime le 12 décembre 1894.

Les cicatrices d'une opération costale et d'une adénite sus-claviculaire gauche, se rapportent à des foyers tuberculeux guéris.

Un mal de Pott lombaire est indiqué par une légère gibbosité répondant à la quatrième apophyse épineuse lombaire. Un abcès siège dans la fosse iliaque gauche.

En même temps la cuisse gauche est fléchie, mais la coxalgie gauche n'est pas évidente ; la rétraction du psoas peut être attribuée à la présence de l'abcès de la fosse iliaque.

L'abcès de la fosse iliaque gauche nous paraît se rattacher au mal de Pott lombaire. Pour établir le diagnostic de la coxalgie, l'anesthésie est nécessaire. Cet examen est différé.

L'abcès de la fosse iliaque est traité par les injections de naphtol camphré. En huit mois dix injections sont pratiquées : la première le 22 décembre 1894, le deuxième le 14 août 1895. Après cette dernière, l'abcès cesse de se reproduire et semble guéri.

Le 3 octobre 1895, la hanche gauche est redressée sous le chloroforme et immobilisée dans un appareil plâtré. Au cours du redressement la présence d'une coxalgie est démontrée par les craquements rudes qui se produisent dans la hanche.

Quelques semaines plus tard, en décembre 1895, on constate la présence d'un abcès sur la face externe de la cuisse gauche ; cet abcès semble bien provenir de la hanche autour de laquelle on trouve du reste un empâtement assez épais.

Une série de ponctions et d'injections est appliquée au traitement de cet abcès, quatorze injections depuis le mois de décembre 1895 jusqu'au mois de juillet 1896.

L'abcès ayant à peine diminué de volume et la peau s'amincissant à sa surface, une intervention opératoire est décidée.

Arthrotomie de la hanche gauche le 10 août 1896.

1° Incision et curettage de l'abcès antéro-externe de la cuisse. Le prolongement de l'abcès aboutit à la hanche et y pénètre par la face antérieure ;

2° Incision de la capsule, section du col fémoral à la base. Ablation du col et de la tête. Curettage de la cavité articulaire. Le cotyte est considérablement élargi en haut. La tête fémorale diminuée de volume répond à cette partie supérieure du cotyle. Toute trace des cartilages articulaires à disparu. Le cotyle n'est pas perforé, on n'y trouve pas de nids tuberculeux.

La plaie opératoire est complètement réunie. Pansement ouaté. Grande attelle plâtrée comprise dans le pansement.

Il n'est survenu aucun incident après l'opération. La réunion s'est faite intégralement et s'est maintenue. L'enfant marche avec un appareil silicaté à partir du commencement de décembre 1896.

Le 15 janvier 1897, fracture du fémur du côté gauche malade, au-dessus des condyles. Le malade est tombé de son lit. On immobilise le membre à l'aide d'un appareil plâtré.

A la fin de février, en examinant la région de la hanche, on constate la présence d'un petit abcès soulevant la cicatrice opératoire, derrière le grand trochanter. Cet abcès est ouvert, vidé et drainé. Au bout de deux mois, il n'est pas encore cicatrisé complètement.

Le 2 avril 1897 on note l'état du membre.

La cuisse peut être fléchie de 30° environ.

Le talon du côté gauche est de 5 centimètres plus élevé que le talon droit.

Les deux tibias ont la même longueur : 30 centimètres.

Longueur du fémur gauche, côté malade : $34^{cm},5$.

Longueur du fémur droit, côté sain : 36 centimètres.

Le grand trochanter du côté gauche est élevé de 2 centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton.

Le membre malade est dans une légère adduction.

Le raccourcissement du membre opéré est dû à trois causes : Longueur moindre du fémur, $1^{cm},5$; ascension du grand trochanter, 2 centimètres ; adduction.

Seule cette dernière cause de raccourcissement pourra être supprimée.

Présentations de malades.

Double pied plat valgus douloureux traité par l'opération d'Ogston.

M. Kirmisson. — Déjà, à plusieurs reprises, j'ai insisté sur les bons résultats qui peuvent être fournis par l'opération d'Ogston dans les formes graves du pied plat valgus douloureux qui ont résisté aux divers modes habituels de traitement. Mais quelques-uns de mes collègues m'ayant dit qu'ils n'avaient pas tiré de cette opération des résultats aussi avantageux que ceux que j'avais obtenus moi-même, je crois bien faire en vous présentant ce jeune homme, âgé de 17 ans, chez lequel j'ai pratiqué l'opération d'Ogston pour un double pied plat valgus invétéré, qui lui rendait la marche impossible. Ce qui frappait chez lui, c'était la différence absolue entre la configuration antérieure du pied, suivant que le malade était debout ou au repos. Dans le lit, les caractères sont ceux d'un pied plat valgus modéré, le scaphoïde fait une légère saillie sur le bord interne du pied. Au contraire, dès que le malade est debout, tout change; le pied s'affaisse, devient globuleux, et une énorme saillie se montre sur le bord interne du pied. On a la raison de ce fait dans une laxité énorme de l'articulation médio-tarsienne, s'accompagnant de craquements. L'astragale subit un mouvement de bascule faisant tomber sa tête en bas et en dedans.

L'opération d'Ogston a été faite le 26 octobre 1896, sur le pied droit, et le 23 novembre sur le pied gauche. L'immobilisation de l'articulation médio-tarsienne a été obtenue par l'enchevillement avec une cheville en or de 3 millimètres. Les suites opératoires ont été absolument nulles, et ce jeune homme, muni de bottines à semelles surélevées en dedans, a commencé à marcher le 22 février. Je l'ai conservé depuis lors dans mon service; chez lui, la marche se fait aisément et sans fatigue; le pied gauche n'offre rien à désirer au point de vue de la forme; le pied droit présente un certain degré d'adduction; sur lui, la correction a un peu dépassé le but.

Discussion.

M. Reynier. — Le malade que vient de nous présenter M. Kirmisson est un jeune homme, fils d'une mère très nerveuse, qui est

lui même un hystérique, *il présente une insensibilité complète de la muqueuse pharyngienne et des conjonctives.*

L'observation de ce jeune homme confirme ce que j'ai souvent dit, à savoir que ces déviations douloureuses du pied sont le résultat de contractures dépendant d'états nerveux qui, le plus souvent, incombent à la thérapeutique médicale et vis-à-vis desquels notre intervention doit être réservée.

M. Reclus. — Je viens vous présenter deux malades traités par l'appareil ambulatoire.

Le premier est celui que vous avez déjà vu il y a quinze jours, sa fracture est définitivement consolidée.

Le deuxième a une fracture oblique qui s'est produite le 11 mars dernier, il est venu à pied à la Société.

Discussion.

M. Le Dentu. — Ces résultats sont extrêmement intéressants, j'avais essayé l'appareil ambulatoire dans mon service, il y a trois ans et j'avais été médiocrement satisfait de son emploi. Mais les malades que nous présente M. Reclus nous montrent que cette méthode de traitement mérite d'être expérimentée.

M. Delorme présente deux malades.

Le premier est un malade présenté déjà à la Société par M. Ferraton, il était atteint d'actinomycose. Après quatre mois de traitement ioduré il a parfaitement guéri.

Le deuxième est un homme qui ayant reçu une balle dans l'oreille a été photographié avec les rayons X, il perd aujourd'hui tous ses cheveux.

M. Lejars. — Voici le malade dont M. Delamarre nous a envoyé l'observation.

Cet homme avait eu les tendons extenseurs communs des doigts coupés, depuis trois ans les doigts étaient inertes. M. Delamarre fit la suture du tendon commun des extenseurs aux tendons superficiel et profond de l'index et la restauration des mouvements est parfaite.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

Nélaton.

Séance du 14 avril 1897.

Présidence de M. Delens.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

Présentation de malades.

Double pied-bot varus équin congénital grave. Tarsectomie. Guérison.

M. Jalaguier. — La jeune fille que je vous présente est âgée de 14 ans et demi et vous pouvez juger, d'après ces moulages, de la gravité de la déformation. L'avant-pied formait avec l'arrière-pied un angle droit ; l'arrière-pied était en équinisme exagéré, et l'enfant marchait sur l'extrémité du calcanéum. Un hygroma gros comme une mandarine existait à ce niveau.

Opération. — Section sous-cutanée du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire; extirpation sous-périostée de la tête et du col de l'astragale, de la grande apophyse du calcaléum, du scaphoïde, et enfin du cuboïde. Ce dernier os a été enlevé, dans sa totalité, du côté gauche tandis que sur le pied droit l'excision restait limitée à sa moitié postérieure. J'ai opéré le pied gauche le 21 juillet 1896 et, le pied droit, le 10 novembre.

Les suites opératoires ont été parfaites. Comme vous pouvez le constater, le pied porte bien à plat sur le sol; l'enfant marche sans aucune fatigue et sans le secours d'aucun appareil.

L'articulation tibio-tarsienne gauche est raide; je l'ai cependant mobilisée à plusieurs reprises après anesthésie; mais je n'ai pu l'assouplir. Cela tient à ce que la partie antérieure de la poulie astragalienne élargie est étroitement serrée dans la mortaise. C'est un petit inconvénient qui s'atténuera sans doute avec le temps. Quoi qu'il en soit, je ne regrette pas de ne pas avoir extirpé l'astragale.

Du côté droit l'articulation tibio-tarsienne est mobile.

M. DELENS fait part à la Société de la mort de M. MAISONNEUVE, membre fondateur de la Société, et propose de lever la séance en signe de deuil.

La séance est levée à 4 heures.

Le Secrétaire annuel,
NÉLATON.

Séance du 21 avril 1897.

Présidence de M. DELENS.

Le procès-verbal de a précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

M. MONOD offre à la Société, de la part de Mme Terrillon, une *Notice sur la vie et les œuvres du* Dr TERRILLON.

A propos du procès-verbal.

Traitement du pied-bot invétéré.

M. KIRMISSON. — Dans notre dernière séance, notre collègue M. Jalaguier, vous présentait une fillette de 13 ans chez laquelle il avait pratiqué une double tarsectomie pour des pieds-bots invétérés. Il ajoutait qu'il ne pensait pas que, vu l'âge de la malade et l'intensité de la déformation, j'eusse songé dans un cas de cette nature à ménager l'intégrité du squelette. Je tiens à répondre que, même chez cette enfant, j'aurais pratiqué l'incision de Phelps et la large arthrotomie médio-tarsienne. A l'appui de mon dire, je vous montre les photographies d'une grande jeune fille de 16 ans, chez laquelle la déformation était plus prononcée encore que chez la petite malade de M. Jalaguier.

Vous voyez d'après ces photographies, prises cinq ans après

l'opération, que chez elle l'opération portant uniquement sur les parties molles, a suffi pour obtenir un excellent résultat. Il est intéressant de noter qu'à l'heure actuelle l'opinion des chirurgiens suit une marche absolument inverse en France et à l'étranger. Tandis, en effet, qu'à l'étranger, et notamment en Allemagne, les chirurgiens orthopédistes, tels que Hoffa, Lorentz, Wolff, sont unanimes à proclamer la valeur du traitement conservateur; en France, on continue à vanter et à pratiquer largement les opérations de tarsectomie. Cette tendance s'est nettement accusée lors du dernier Congrès de chirurgie. Tant qu'elle subsistera parmi nous, je me ferai un devoir de défendre les opérations conservatrices qui m'ont toujours jusqu'ici donné les meilleurs résultats.

Discussion sur l'angiocholite infectieuse.

M. P. Michaux. — Le nombre des infections biliaires traitées chirurgicalement est encore si restreint que je crois intéressant de rapporter en détail à la Société de chirurgie deux cas d'angiocholite infectieuse dans lesquels la cholécystostomie m'a donné des résultats tout à fait de nature à nous encourager dans cette voie encore nouvelle et peu connue.

J'ai déjà dit un mot de la première de ces deux observations, elle mérite d'être rapportée avec plus de détails :

Une jeune femme de 28 ans, toujours bien portante jusque-là, accouche normalement en décembre 1895. Elle nourrit son enfant tout d'abord sans incident, puis, vers la fin de janvier 1896, à deux ou trois reprises différentes, elle est prise de poussées congestives et inflammatoires du côté du sein droit. Ces poussées n'aboutirent pas cependant à la suppuration.

Le 14 février, elle a de violentes coliques hépatiques; le lendemain son ventre est ballonné, l'hypochondre droit est douloureux à la pression. Le pouls est petit, fréquent, 120 à 130 pulsations; la température très élevée, 40°,1. Il y a des vomissements bilieux. L'état général s'amende un peu les jours suivants; le 20 février, il y a des frissons, on constate que le foie est manifestement augmenté de volume, les matières sont décolorées, il y a un peu de subictère.

Le 21 février, je suis appelé près de la malade par mon excellent confrère le Dr Alquier, je la trouve dans un état sérieux. La température est aux environs de 39°, le ventre légèrement ballonné, le foie manifestement augmenté de volume, surtout au niveau de la ligne médiane où je crois trouver une petite voussure due sans doute à une collection purulente intrahépatique. La région vésiculaire est aussi le siège d'une vive douleur.

Les événements ne paraissant pas d'une urgence extrême, nous avons recours au traitement médical : purgations, topiques, émollients, etc... Enfin, il est convenu que la malade sera observée de très près. La température et le pouls sont notés matin et soir, les urines fréquemment recueillies, les selles examinées avec soin au tamis.

Deux jours après, M. le Dr Alquier me présente sous le microscope une quantité de cristaux manifestement lithiasiques, masses de cholestérine et cristaux salins 2 ou 3 seulement sont du volume d'une lentille, le reste n'est guère que du fin sable biliaire. — D'autre part, l'état général ne s'améliore pas, nous décidons donc de recourir à une intervention chirurgicale qui est pratiquée le 1er mars, avec l'assistance du Dr Alquier et de M. le Dr Arnould.

Je commence par me diriger du côté de la vésicule pour cheminer d'abord du côté le moins infecté en apparence et pour ouvrir de suite la porte à l'infection biliaire que nous avions diagnostiquée.

Une laparotomie sur le bord externe du muscle grand droit de l'abdomen nous conduit sur une vésicule biliaire peu volumineuse, un peu rouge, légèrement adhérente à l'épiploon qui est d'ailleurs facilement détaché. Les lobules hépatiques au-dessus de la vésicule sont le siège d'un petit abcès très net, du volume d'un haricot. A l'aide d'une pipette stérilisée, je recueille le pus de l'abcès hépatique sus-vésiculaire et, par ponction, je retire de la vésicule, avec une autre pipette une petite quantité de pus. Cela fait, j'ouvre et je nettoie l'abcès minuscule du foie; la vésicule est ouverte, fixée à la peau, non sans quelque difficulté. Il en sort une petite quantité de pus. Nous n'y trouvons aucune trace de calcul, non plus que dans les autres voies biliaires accessibles à la palpation.

Un drainage est établi avec grand soin sous la vésicule.

Nous nous portons alors sur la ligne médiane, au-dessous de l'appendice xyphoïde et, par une laparotomie médiane, nous arrivons à travers une mince lame hépatique dans la cavité d'un kyste hydatique suppuré, du volume d'une grosse mandarine; les parois sont suturées à l'incision abdominale ; la cavité bourrée de gaze iodoformée. Nos deux incisions sont partiellement refermées, mais nous avons soin de laisser à chacune une partie suffisamment béante pour bien amener l'écoulement du liquide infecté.

Le lendemain 2 mars, l'état de la malade est un peu meilleur. Le pouls est à 106 et la température à 38°,5. Un peu de diarrhée. Une injection sous-cutanée de 125 grammes de sérum de Hayem.

Le 3 mars, l'état général est satisfaisant, le pouls bon, la température est de 38°,3. Plus de diarrhée. Injection sous-cutanée de 120 grammes de sérum. Les jours suivants, l'état s'améliore de plus en plus, et le 6 mars, la bile cesse de s'écouler par la vésicule, les urines sont plus claires et plus abondantes, les garde-robes abondantes, sont jaunâtres, bilieuses. Pouls 76; temp. 37°,2. J'enlève le drain du kyste suppuré.

Le 13 mars, la plaie kystique se resserre graduellement, l'écoulement purulent et bilieux diminue. J'enlève le drain de la vésicule ; La température est normale et les plaies en bon état.

Le 25 mars, la malade va très bien; il s'est écoulé par la vésicule environ un verre à Bordeaux de bile. Le rétablissement des fonctions vésiculaires a donc lieu au bout d'un mois.

Un très léger écoulement biliaire persiste tant par la bouche vésiculaire que par la plaie hépatique pendant les mois d'avril, mai et juin. En juillet, la malade est absolument guérie. Je l'ai revue tout récemment; elle est restée absolument guérie; elle ne souffre plus du tout, son état général est excellent et il ne reste plus d'autre trace de cette grave angiocholécystite que les cicatrices de ses deux interventions.

L'examen pratiqué par Ramon dans le laboratoire du service de M. Chauffard, a montré que le pus de la vésicule et celui de l'abcès hépatique minuscule voisin étaient seuls virulents. On y a trouvé du pneumocoque qui a tué une souris blanche en trente heures. Tous les organes et humeurs de cette souris blanche contenaient le pneumocoque lancéolé de Talamon.

Pour ce qui est de l'absence de microbes dans le petit kyste hydatique suppuré central, le fait est en rapport avec les constatations négatives déjà faites dans un certain nombre d'abcès du foie par nos collègues Bouilly, Peyrot, Chauffard.

En résumé, il s'agit dans ce cas d'une infection pneumococcique des voies biliaires qui a eu, dans le cas particulier, la marche bénigne fréquente dans les infections pneumocciques. S'il m'était permis de risquer ici une hypothèse pathogénique, j'établirais la filiation suivante : Accouchement normal en décembre 1895. Poussées inflammatoires du côté du sein sans suppuration, à la fin de janvier 1896. Infection des voies biliaires principales et accessoires, le 14 février; infection d'un petit kyste hydatique préexistant dans le lobe gauche du foie sur la ligne médiane.

La cholécystostomie nous a fourni un résultat remarquable : cessation presqu'immédiate des accidents graves qui menaçaient l'existence de la malade, chute rapide de la température tombée en deux jours des environs de 39° jusqu'à la normale. Guérison complète de la malade au bout de quatre mois, l'écoulement fistuleux biliaire n'ayant jamais été bien abondant. Enfin, depuis cette époque la malade ne souffre plus, son état général est excellent, elle a notablement augmenté de poids.

L'infection biliaire s'est présentée, dans ma seconde observation, d'une façon toute différente, qui n'est pas moins intéressante. En voici les traits principaux :

Il s'agit d'un homme d'une cinquantaine d'années auprès duquel je suis appelé à Neuilly, par notre confrère le Dr Thuvien.

Cet homme, très fatigué, souffre depuis deux ans de crises hépatiques que trois cures successives à Vichy n'ont nullement amélioré. Il y a quatre mois qu'il est atteint d'ictère chronique avec fièvre persistante

entre 38 et 39°, perte de l'appétit, foie volumineux, douloureux. Ascite légère, tympanite débordant de quatre travers de doigt les fausses côtes.

Amaigrissement. État lamentable. C'est à ce moment que je suis appelé et que je propose la cholécystostomie qui est acceptée et pratiquée dans les premiers jours de juillet 1896.

A l'ouverture du ventre, issue de 4 à 5 litres d'ascite bilieuse, gros foie congestionné, verdâtre, un peu de péritonite périhépatique, grosse vésicule molle, tomenteuse. Aucun calcul ni dans la vésicule, ni dans les grosses voies biliaires. Cholécystostomie.

Amélioration lente et graduelle. Fermeture spontanée de la fistule biliaire au bout d'un mois. Aujourd'hui le malade va mieux, il n'a plus eu de crises hépatiques, il souffre de douleurs rhumatismales d'allure infectieuse.

Le ventre est encore tuméfié, l'ascite s'est reproduite en janvier, elle ne s'est pas reproduite depuis une ponction faite à cette époque, le foie est bien diminué de volume. L'état général est certainement très amélioré.

L'examen de la bile est particulièrement intéressant, il a été fait à l'Institut Pasteur par M. le D[r] Chaillou.

A l'examen direct de la bile, on constate des coli-bacilles très abondants et des streptocoques assez nombreux.

Des ensemencements sont faits sur sérum, sur gelose, sur bouillon, sur pomme de terre, On y retrouve toujours les deux espèces microbiennes précédentes. Sur sérum, les spectrocoques sont très abondants; sur pomme de terre, le coli-bacille est presqu'en culture pure, ce qui est la règle.

Une pipette avait aspiré le sang des parois de la vésicule biliaire; il est resté stérile, aussi bien à l'ensemencement sur les milieux de culture habituels qu'à l'examen direct.

Je laisse de côté volontairement la question du traitement chirurgical de certaines cirrhoses biliaires que soulève cette seconde observation. Je me borne à y souligner le côté *infectieux*, et les effets relativement satisfaisants que nous a donnés la cholécystostomie dans un cas qui paraissait absolument désespéré.

Je voudrais seulement en terminant revenir très brièvement sur la remarque que m'avait suggérée immédiatement la communication si intéressante de notre collègue Lejars, à savoir que la lithiase biliaire dont nous connaissons bien aujourd'hui les relations étroites avec l'infection biliaire n'est pas toujours facile à mettre en évidence.

Dans les deux cas que je viens de citer, non seulement l'exploration la plus minutieuse, la plus attentive ne m'a révélé la présence d'aucun calcul dans les voies biliaires extra-hépatiques, mais encore l'examen attentif des pansements ultérieurs nous a démontré

l'absence absolue de toute concrétion biliaire dans la bile qui s'est écoulée par la fistule que nous avions créée chirurgicalement. Et pourtant chez la première de ces deux malades, l'examen des selles soigneusement tamisées nous a démontré l'existence d'un sable fin, certainement lithiasique, et dans notre seconde observation le même examen a permis de reconnaître que le malade antérieurement, quatre mois avant l'opération, avait rendu un calcul biliaire du volume d'un œuf d'oiseau.

Sans vouloir tirer de ces deux faits une conclusion rigoureuse, je crois donc qu'il est très important avant d'admettre l'origine non calculeuse d'une infection biliaire de se livrer à plusieurs reprises à l'examen minutieux des selles pour y rechercher soit du sable, soit même des calculs biliaires qui pourraient sans cela passer inaperçus.

Sans nier aucunement les faits probants comme ceux qui ont été apportés ici par notre collègue Quénu et la possibilité du développement de coliques hépatiques vraies ou fausses par des bouchons muqueux ou tout autre cause encore mal connue, je pense que ces causes ne doivent être admises qu'après un examen soigneux répété plusieurs fois, la lithiase, même momentanée, restant toujours jusqu'à nouvel ordre la cause la plus fréquente des infections biliaires et du syndrôme douloureux hépatique.

Je sais très bien que ces deux observations ne rentrent pas strictement dans la catégorie des angiocholites infectieuses non calculeuses auxquelles notre collègue M. Quénu a limité sa communication et sur lesquelles il a engagé cette discusion, mais il me semble précisément que la lithiase biliaire est si souvent liée à l'infection et les deux observations que je rapporte me paraissent si concluantes sur les difficultés qu'il y a à affirmer la nature non calculeuse d'une angiocholite infectieuse, qu'il m'a paru bon de les apporter dans cette discussion afin de prémunir nos collègues contre toute cause d'erreur dans l'interprétation des faits qui seraient soumis à leur observation.

Enfin j'espère que les observations apportées en 1895 au Congrès de chirurgie par le professeur Terrier et les faits que cette discussion aura soulevés encourageront nos collègues de médecine à confier en temps voulu à la chirurgie les infections biliaires lithiasiques ou non, pour lesquelles le traitement médical est le plus souvent insuffisant.

Les bons résultats fournis par la cholécystostomie à MM. Terrier, Lejars, Quénu et à moi-même montrent que cette opération est bien en pareil cas l'opération de choix même dans les cas d'infection biliaire généralisée, la seule capable d'empêcher l'absorption

des produits septiques par les voies biliaires et de chasser mécaniquement les éléments microbiens qui les infectent.

Les résultats obtenus par cette intervention seront sans doute d'autant meilleurs que l'infection aura été de moindre durée et qu'elle n'aura pas eu le temps de déterminer dans les cellules hépatiques des lésions irrémédiables.

M. Gérard-Marchant. — Je viens d'observer un cas de *cholécystite calculeuse suppurée, suraigue*, qui mérite de vous être rapporté.

Le 24 mars dernier j'étais appelé dans le service de mon collègue et ami le Dr Talamon, à l'hôpital Tenon, pour examiner une femme, jeune encore (43 ans), présentant des phénomènes péritonéaux graves. Le ventre ballonné était douloureux, surtout à droite ; il existait depuis l'avant-veille des vomissements bilieux, avec des douleurs stomacales très violentes. La température était de 39°,8. Le pouls était petit, filiforme. Le faries était grippé et les yeux excavés.

La cause de ces accidents était d'une interprétation difficile.

Les commémoratifs nous fournissent cependant quelques renseignements intéressants :

Depuis trois ou quatre ans la malade était sujette à des vomissements brusques, survenant deux ou trois heures après le repas, et s'accompagnant de douleurs térébrantes au *creux épigastrique*. Ces crises auxquelles succède de la courbature, de la fatigue générale; pendant plusieurs jours, se sont répétées à plusieurs reprises.

C'est même pour des accidents de ce genre que le 8 mars elle entre dans le service de M. Talamon : les douleurs intolérables au creux épigastrique, accompagnées de nausées, de vomissements, d'un état saburral de la langue, firent penser à un embarras gastrique : les urines étaient rouges et fortement albumineuses.

Elle était convalescente de ces accidents, devait même quitter l'hôpital le lendemain, lorsqu'elle fut prise brusquement des accidents péritonéaux pour lesquels nous étions consultés.

L'origine de cette péritonite restait incertaine, et les trois hypothèses d'*appendicite*, de *perforation de l'estomac*, de *rupture de la vésicule* furent envisagées, sans pouvoir être résolues.

L'indication de l'intervention était des plus nettes, et je pratiquai le jour même la *laparotomie*, après anesthésie à l'éther.

L'incision médiane sous-ombilicale me révèle de suite l'absence de péritonite et l'intégrité de l'appendice iléo-cœcal. L'exploration de l'estomac, par l'*incision médiane*, prolongée au-dessus de l'ombilic, nous montra que ce viscère n'était pour rien dans la genèse des accidents.

Restait à examiner le foie et la vésicule biliaire. Le foie me paraît sain, mais ne pouvant explorer la vésicule biliaire par la voie médiane,

je découvris celle-ci par une incision transversale sous-costale, branchée sur la partie terminale et droite de la fente médiane.

Je fut frappé de suite, et mes aides aussi de la teinte vineuse du foie dans la zone vésiculaire : des adhérences de l'épiploon, de l'intestin, marquent la vésicule et donnent à l'ensemble de cette région un aspect rouge, congestif (en raison de la richesse de la circulation). Là devait se trouver le point de départ des accidents, et en effet, après avoir détaché l'intestin et l'épiploon, qui ne tenaient entre eux et avec le foie que par des adhérences jeunes, récentes, glutineuses, cédant au frottement, au refoulement d'une compresse aseptique, je sentis une vésicule biliaire volumineuse, tendue comme un ballon prêt à crever.

Avant d'aller plus loin, je refermai le péritoine, que j'avais si largement ouvert, dans l'ignorance ou j'étais du point de départ de la lésion, ne laissant que l'ouverture suffisante pour agir sur la vésicule biliaire, à savoir la fente transversale.

Cette vésicule, ai-je dit, était si tendue, que je redoutais de la voir se crever entre mes doigts et inonder la grande cavité péritonéale. Ses parois étaient si minces, qu'il me parut irréalisable de la fixer par une collerette péritonéale, pour l'ouvrir ensuite par le procédé habituel de la cholécystostomie. L'ouvrir sans avoir protégé le péritoine, était plus périlleux encore. Je résolus alors de pratiquer la cholécystostomie en deux temps. Je ponctionnai la vésicule avec un petit trocart, et ramenai 250 grammes de pus : sur l'orifice de la ponction je plaçai une pince à mors larges, laissée à demeure, empêchant toute issue du pus dans le péritoine. Avec de la gaze iodoformée j'isolai le foyer septique, cette portion du foie, de la grande cavité péritonéale, et cherchai à avoir des adhérences.

Quarante-huit heures après cette intervention, dans un deuxième temps, j'enlevai la pince obturatrice, ouvris largement la vésicule biliaire, plaçai un gros drain dans son intérieur; il s'écoula une assez grande quantité de bile mélangée de pus.

Le pansement fut renouvelé tous les jours, et c'est dans un de ces pansements, le 27 mars, que je trouvai dans la vésicule un calcul, que je vous présente, et qui a les dimensions d'une noisette.

L'examen bactériologique du pus révéla qu'il contenait une énorme quantité de coli-bacille, à l'état de pureté.

J'espérai beaucoup de cette intervention, mais malgré une amélioration nette du côté de la suppuration vésiculaire, qui ne donnait plus que de la bile, l'absence complète de péritonite, le retour des garde-robes, le relèvement du pouls, notre opérée restait sous le coup de son infection. La température qui du 25 au 29 oscillait autour de 39°, atteignait le 29 mars au soir 40°, puis 40°,5, pour revenir à 39°. La langue restait sèche, rôtie, les narines fuligineuses ; la quantité d'albumine augmentait tous les jours, allait jusqu'à 5 grammes dans les vingt-quatre heures. Un délire tantôt doux, tantôt violent, troublait les nuits de l'opérée.

Nous luttâmes avec toutes nos ressources contre cette infection. Quinze litres de sérum artificiel, furent injectés par les veines, en l'es-

pace de 15 jours. La désinfection intestinale, ses toniques, en un mot des soins de tous les instants prodigués par le personnel si dévoué de mon service, et en particulier par mon interne, M. Anclère, ne purent avoir raison de cette infection. Le 7 avril, la malade s'éteignait.

L'autopsie pratiquée en présence de M. Talamon ne nous a pas révélé de lésions bien significatives. Je transcris ici les détails de cette autopsie tels qu'ils ont été fournis par M. Anclère.

A l'ouverture de la paroi abdominale on constate qu'il y a quelques adhérences de l'intestin à la paroi au niveau de l'incision opératoire. Mais il n'y a pas trace de péritonite.

Au niveau de la vésicule biliaire, on note que le trajet fistuleux vésiculo-cutané, qui permettait le drainage de la cavité est protégé par des adhérences et ne communique pas avec la grande cavité péritonéale.

La vésicule est petite, à parois rétractées, très épaisses et recouvertes de fausses membranes.

Le foie est de volume normal, dur à la coupe, un peu scléreux. Son poids est de 1,550 grammes.

Les reins ne sont pas augmenté de volume et pèsent, le droit 150 grammes, le gauche 140 grammes. Ils sont de coloration normale, mais de consistance un peu dure, et semblent présenter des lésions de néphrite interstitielle. Cœur petit, sans lésions. Rien aux poumons.

Dans l'estomac on trouve un gros ascaris; on en rencontre un second plus petit dans le canal cholédoque avec de nombreux filaments blancs. Pas d'obstruction, pas de calcul dans les voies biliaires.

Tel est ce fait, qui sort du cadre ordinaire par son aspect clinique. La cholécystite suraiguë peut donc prendre le masque de la péritonite par perforation, et il y a là pour le chirurgien un premier enseignement.

Ces accidents que j'ai dénommés *péritonitiques* ne sont pas de la *péritonite* à proprement parler, il n'y avait pas de péritonite au sens propre du mot, à part ces adhérences sur lesquelles j'ai longuement insisté. Mais quelles explications donner alors de ce masque péritonitique? Il me semble qu'il y a plus que du péritonisme, il y a peut-être déjà une infection de la cavité péritonéale, sans effraction, une véritable transsudation microbienne, et il y aurait grand intérêt à élucider cette intéressante question. N'ayant pu recueillir aucun liquide péritonéal, au cours de cette intervention, puisque le péritoine était normal, un point de l'observation est resté sans réponse.

Rapports.

I. — *Du traitement des affections de l'utérus et des annexes par l'oxychlorure d'argent obtenu par voie d'électrolyse,* par M. Boisseau du Rocher.

Rapport par M. P. REYNIER.

M. le Dr Boisseau du Rocher est venu nous lire dernièrement un travail important sur un nouveau traitement, qu'il a proposé pour les affections utérines. Ce travail repose sur douze observations, qu'il a prises dans mon service, sur des malades que je lui avais confiées. J'ai donc pu suivre l'application de ce traitement, en contrôler les résultats, et c'est en pleine connaissance de cause que je fais aujourd'hui ce rapport.

Ce traitement, que M. Boisseau du Rocher a déjà fait connaître dans des publications antérieures, repose sur ce fait bien connu des réactions chimiques, qui se passent au niveau des pôles, au moment du passage d'un courant électrique.

Introduisant dans la cavité utérine une tige d'argent, hystéromètre en argent, reliée au pôle positif d'un courant continu, dont le pôle négatif est placé sur la peau d'une plaque humide, il voit se former au niveau du pôle positif (argent) par le fait des acides qui s'y forment, un sel d'argent, qui serait, d'après lui, l'oxychlorure d'argent. Ce sel se forme au contact de la muqueuse utérine, agit sur elle et la modifie, comme tout autre sel d'argent, le nitrate d'argent pourrait le faire

Voyons maintenant sa technique.

Il a des tiges d'argent de différentes grosseurs, pouvant remplir l'utérus plus ou moins complètement, et s'appliquer par suite mieux contre la muqueuse. Ces tiges, il les aseptise avant de les introduire, en les faisant bouillir, ou en les passant à la flamme d'une lampe à alcool. La pile dont il se sert est une pile à courants continus ordinaire, comme nous en avons dans tous nos services.

Le pôle négatif, plaque humide, étant sur la peau, le pôle positif, argent, introduit dans l'utérus, il fait passer un courant pendant cinq à six minutes, courant de faible intensité, puisqu'il conseille de le tenir dans les limites de 4 à 10 milliampères. Il insiste pour qu'on ne dépasse pas ces chiffres donnant les motifs suivants :

Avec des intensités faibles, qui sont bien supportées par les malades, il a obtenu des résultats fort satisfaisants ; avec des intensités plus fortes, qui seraient plus douloureuses, il risquerait de faire des eschares, et surtout il craindrait de voir se former des albuminates d'argent, sels éminemment toxiques.

Dans un cas où il aurait été jusqu'à 20 milliampères pendant trois minutes, il aurait vu le soir se produire des malaises, passagers il est vrai, se traduisant par de la lourdeur de tête, des nausées, des vomissements. Du côté de l'utérus, on ne notait rien, qui pût faire penser que ces malaises provenaient de là. Et il crut dans ce cas devoir incriminer la formation de ces albuminates d'argent, d'être la cause des accidents. Quelle que soit l'explication, comme ce ne fut que dans ce cas qu'il vit l'électrolyse être suivi des malaises, il conseille avec raison de ne pas dépasser les intensités de 10 milliampères.

Après l'électrolyse, il fait un pansement à la gaze iodoformée, et permet aux malades de vaquer à leurs affaires. Les séances ont lieu deux ou trois fois par semaine.

Dans les observations qui font la base de ce travail, les malades n'étaient électrolysées que deux fois par semaine.

Comme vous le voyez, ce traitement est fort simple, pas douloureux, n'exige pas le repos du lit ; il est facilement accepté par les malades,

Voyons maintenant les résultats.

Les observations de M. Boisseau du Rocher se divisent en deux séries :

Dans une première série il dut traiter des hémorrhagies utérines de causes diverses.

Dans une deuxième il eut à lutter contre des utérus infectés.

Hémorrhagies utérines.

Obs. I. — La première observation se rapporte à une femme de 28 ans, à laquelle, en mai 1895, j'avais fait l'ablation des annexes pour des ovaires kystiques. Elle rentrait l'année suivante dans mon service pour des pertes abondantes.

Après son opération, elle avait eu ses règles régulièrement; beaucoup de mes malades sont dans ce cas; car je fais toujours porter ma ligature assez haut sur l'extrémité de l'ovaire, cherchant ainsi à ne pas arrêter complètement la menstruation, et éviter à de jeunes femmes les acidents qu'une ménopause trop précoce peut provoquer. Très souvent je vois cette pratique réussir.

Deux mois avant sa nouvelle rentrée à l'hôpital, la malade avait ressenti dans le ventre des douleurs très vives, accompagnées de pertes blanches très abondantes, puis les règles, régulières jusque-là, avaient été remplacées par des hémorrhagies abondantes, presque sans interruption.

A l'examen l'utérus était en antéflexion, un peu gros, de consistance un peu molle.

10 avril. — Première séance d'électrolyse à l'argent 10 milliamp., 8 minutes. Renversement du courant 10 secondes.

13, 17, 21, 24 avril. — Même traitement.

La malade sort alors de l'hôpital, n'ayant plus trace d'hémorrhagie, et n'accusant plus de douleur, quelques pertes blanches seules persistent.

Le 28 avril, les 1er et 15 mai, M. Boisseau du Rocher emploie au lieu de l'hystéromètre à l'argent, un hystéromètre en charbon, avec des intensités progressives de 25 à 40 milliamp., chaque séance étant suivie du traitement à l'oxychlorure d'argent électrolytique d'une durée de cinq minutes et à l'intensité de 10 milliamp. La malade vient donc à l'hôpital deux fois par semaine, et retourne chez elle après chaque séance.

Le 25 mai, les pertes blanches ont complètement disparu.

Trois séances sont encore faites par précaution, avec l'intensité de : charbon 30 milliamp., et argent 8 milliamp., 5 minutes.

Les règles sont, à cette date, régulières et normales de quatre jours, sans douleurs; l'utérus a repris son volume et sa consistance normales. Revue le 18 décembre 1896, la malade est toujours bien réglée, et n'a ni pertes blanches, ni pertes rouges.

Obs. II. — La nommée L..., domestique, 20 ans, vierge, entre, le 6 mai 1896, salle Gosselin.

Depuis deux mois, la malade a des pertes continuelles très abondantes et qui durent encore au bout de trente-deux jours. Elle souffre du ventre accuse des maux de tête, des crampes d'estomac, etc.

22 mai. — Argent 10 milliamp. Renversement 10 secondes 5 minutes.

26 mai. — Même traitement.

2 juin. — Même traitement.

Trois jours après la malade a ses règles; elles sont très peu abondantes, d'une durée de trois jours. Elle part au Vésinet. A son retour du Vésinet, et au mois de juillet, elle revient à l'hôpital se faire examiner. Ses règles sont maintenant normales, elle paraît complètement guérie.

Obs. III. — La nommée O..., 29 ans, est couchée lit n° 20, salle Gosselin.

La malade a des pertes continuelles. On trouve une tumeur fibreuse formée de l'association de plusieurs noyaux fibreux. Le col est lui-même fibreux, et un noyau, faisant saillie à l'intérieur, le ferme presque complètement. Le diagnostic se complète par celui de métrite. Enfin, la malade est atteinte d'insuffisance mirale, et l'on trouve des accidents cutanés syphilitiques dont la malade ne cherche nullement à cacher la nature.

Une opération radicale est décidée ; mais dès les premières aspirations de chloroforme, la malade est prise de palpitations violentes, et de suffocations telles que l'on est obligé de suspendre immédiatement la chloroformisation.

Le traitement par l'oxychlorure d'argent électrolytique est alors commencé le 28 janvier 1896. Toutefois, comme il s'agissait de réduire autant que possible le volume des noyaux fibreux, pour mettre la ma-

lade à l'abri d'une récidive, on y joint le traitement d'un hystéromètre en charbon avec des intensités moyennes de 25 à 30 milliampères.

28 janvier 1896. — Argent 10 milliamp., 5 minutes. Renversement 10 secondes.

31 janvier. — Même traitement.

3 février. — La malade perd du sang, et ne peut pas dire si ce sont ses règles; elle ne sait plus à quelle date elles doivent venir. Tout traitement est cessé jusqu'au 8 février.

Le 8 février, les pertes sont toujours aussi abondantes; le traitement est alors repris.

Argent 10 milliamp., 8 minutes. Renversement 10 secondes, intracervical. Il est, en effet, impossible de pénétrer dans la cavité utérine.

Le 10, toute trace d'hémorrhagie a disparu.

11 février. — Charbon 30 milliamp., argent 10 milliamp., 8 minutes, Renversement 10 secondes.

14 février. — Charbon 35 milliamp., argent 10 milliamp., 8 minutes. Renversement 10 secondes.

16 février. Les noyaux fibreux sont très diminués de volume, et la malade sort de l'hôpital. Elle vient deux fois par semaine pour continuer le traitement.

21 février. — Charbon 40 milliamp., argent. Même traitement.

25 février. — Charbon 50 milliamp., argent. Même traitement.

Toute trace de métrite a complètement disparu, et la malade n'a plus aucune perte.

Tout traitement est alors cessé à cause de l'approche des règles. Les règles sont néanmoins en retard, la malade est renvoyée; elle ne doit revenir qu'après ses règles.

Elle ne revient que le 3 avril; elle nous dit que ses règles ont été en retard de cinq semaines, et qu'elles sont venues à la suite de fatigues. Elles ont du reste été peu abondantes.

3 avril. — Charbon 30 milliamp., argent 10 milliamp., 8 minutes. Renversement 10 secondes.

7 avril. — Charbon 34 milliamp., argent. Même traitement.

10 avril. — Même traitement.

14 avril. — Le ventre est un peu douloureux; la malade nous dit qu'elle attend ses règles. De crainte de provoquer un nouveau retard, tout traitement est cessé.

28 avril. — Les règles ont duré six jours, normales. Argent 10 milliamp, 8 minutes. Renversement 10 secondes.

1er mai. — Même traitement.

5 mai. — Hystéromètre en platine, 30 milliamp., argent 7 milliamp., 8 minutes. Renversement 10 secondes.

8 et 12 mai. — Platine 30 milliamp., argent. Même traitement.

15 mai. — Les règles sont normales, les noyaux fibreux sont notablement diminués. Nous donnons alors congé à la malade qui vient nous revoir de temps à autre. La dernière fois que nous l'avons revue, à la fin du mois d'août, elle était toujours en excellent état, et avait beaucoup engraissé.

Obs. IV. — La nommée P..., passementière, 29 ans, vient salle le 18 novembre 1896.

Elle souffre du ventre depuis cinq ans. Il y a cinq ans, elle a consulté M. Siredey, qui l'a traitée pour une hématocèle. A la suite de ce traitement, elle est restée dix-huit mois sans souffrir.

Souffrant de nouveau en juillet 1893, elle est allée voir M. Richelot qui lui a fait une incision du cul-de-sac postérieur; la suppuration ne s'est tarie qu'au bout de cinq mois. A la suite de cette intervention, elle parut guérie. Cependant, au mois de juillet 1896, elle recommença à souffrir, et eut des hémorrhagies pendant et entre les époques. A l'examen, on ne trouve que de la métrite.

18 novembre. — Argent 7 milliamp., 4 minutes. Renversement 10 secondes; le lendemain, la malade n'a plus de pertes.

21 et 24 novembre. — Même traitement.

La malade n'a plus aucune perte, la métrite est guérie.

Obs. V. — M..., domestique, 27 ans, est entrée salle Gosselin, le 29 janvier 1896.

Réglée à 15 ans. Ses règles ont toujours été accompagnées de douleurs leucorrhée abondante et continuelle. Elle n'a jamais fait de maladie grave. Elle n'a été enceinte qu'une seule fois et a eu un enfant né à terme, qui est bien portant. Retour de couches au bout de deux mois.

Depuis quatre mois (septembre) les règles sont venues tous les dix-huit jours, et chaque fois des pertes abondantes ont eu lieu, accompagnées de caillots. Douleurs de ventre des deux côtés, mais plus aiguës du côté gauche, où l'on trouve la trompe un peu grosse. La malade a beaucoup maigri, bien que l'état général soit assez satisfaisant.

Le 12 février, le curetage est fait sous le chloroforme, et retire une grande quantité de fongosités. Lavage intra-utérin, glycérine créosotée, mèche de gaze iodoformée, dans la cavité utérine.

Malgré ce curetage, la malade, quoique améliorée, a toujours des pertes, et souffre toujours du côté gauche, la trompe étant toujours dans la même situation. Le repos au lit a cependant été complet pendant un mois.

10 mars. — Argent 10 milliamp., 8 minutes. Renversement 10 secondes.

13 mars. — Même traitement.

16 mars. — Argent 10 milliamp., 10 minutes. Renversement 10 secondes.

20 et 24 mars. — Même traitement.

La malade quitte l'hôpital le 25 mars, et part au Vésinet complètement guérie.

Métrites et salpingites.

Obs. VI. — *Métrites à gonocoques.*

La nommée G..., agée de 27 ans, sans profession, vient le 15 mai 1896.

Elle se plaint de violentes douleurs de ventre depuis la fin du mois de février 1896, et a un écoulement verdâtre, caractéristique, très

abondant. Au toucher, l'on trouve un utérus en antéflexion et très gros; le spéculum montre, en outre, des ulcérations sur le col.

Cette malade est traitée exclusivement par l'oxychlorure d'argent électrolytique.

15 mai 1896. — Argent 8 milliamp., 5 minutes.

19 mai 1896. — Même traitement.

22 mai 1896. — Même traitement.

26 mai 1896. — Même traitement.

A cette époque, le traitement est cessé à cause de l'approche des règles.

La malade revient le 16 juin. Elle est complètement guérie; aucun traitement n'est désormais nécessaire.

Obs. VII. — *Métrite et ulcérations du col.*

La nommée L..., âgée de 29 ans, vient salle Gosselin, le 15 avril 1896.

Elle n'a jamais fait de maladie grave. Réglée à 17 ans, elle a toujours été bien réglée, et n'accuse que des flueurs blanches continuelles. Il y a quatre ans, elle a fait une fausse couche de deux mois et demi. A l'âge de 20 ans, elle est accouchée à terme d'un enfant qui est mort à cinq mois et demi.

Le 5 mars, les règles qui sont venues le matin, s'arrêtent dans le courant de la journée à la suite d'une émotion, de la mort de son mari.

Le 2 avril, les règles sont peu abondantes, et ne durent que quelques heures. La malade se plaint de douleurs de ventre, de crampes d'estomac, de maux de tête, et a des nausées et des vomissements.

L'examen ne montre qu'un écoulement de métrite avec ulcérations du col.

Elle est traitée par l'oxychlorure d'argent électrolytique du 17 avril au 12 mai, deux fois par semaine, à l'intensité de 10 milliampères pendant cinq minutes.

Après 7 séances, elle a ses règles d'abondance et de durée normale.

Les 26 et 29 mai. Même traitement.

L'écoulement a complètement disparu, et le col ne présente plus qu'une petite ulcération sur laquelle le même traitement est renouvelé trois fois encore.

La malade est revue au mois de juillet, elle est complètement guérie, et a maintenant des règles normales comme durée et comme quantité.

Obs. VIII.

B..., journalière, 32 ans, est entrée le 23 mars 1896, salle Gosselin.

Réglée à 14 ans, mais irrégulièrement, elle a toujours eu une leucorrhée abondante presque continuelle. Elle n'a jamais été malade. Elle a eu cinq enfants, a fait une fausse couche de trois mois provoquée par une chute. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis quatre ans, elle se plaint de douleurs dans les reins, dans le bas-ventre. Les douleurs augmentent par la marche. Seize jours avant son entrée à l'hôpital, on lui aurait enlevé un polype.

L'examen montre un col ulcéré, avec écoulement abondant par le col.

Le traitement à l'oxychlorure d'argent électrolytique est commencé le 31 mars, et continué à l'intensité de 10 milliampères pendant huit minutes les 3, 9, 14, 17, 21, 24, 28 avril et les 1 et 8 mai.

A cette époque, la métrite est complètement guérie.

La malade revient dans le service le 21 décembre 1896. Elle est enceinte de trois mois.

Obs. IX. — *Métrite et salpingite gauche.*

La nommée D..., 23 ans, vient salle Gosselin, le 15 février 1896.

Elle n'a jamais fait de maladie grave; réglée à 14 ans, elle a toujours été mal réglée, les règles étaient en outre accompagnées de douleurs. Leucorrhée abondante après les époques. Elle n'a eu qu'une grossesse et est accouchée à terme d'un enfant qui est en bonne santé. La malade a de la constipation et a toujours été anémique. Depuis sept mois, elle a beaucoup maigri.

Elle se plaint de douleurs dans le ventre, plus vives au moment des règles.

L'examen montre un utérus très gros, avec un écoulement de métrite et une salpingite gauche. La cavité utérine mesure, à l'hystéromètre, à peu près 10 centimètres.

20 mars. — Argent 10 milliamp., 5 minutes. Renversement 10 secondes.

21 mars. — Même traitement.

Trompe diminuée de volume.

31 mars, 5 et 14 avril. — Même traitement.

Le 14 avril, il n'y a plus trace d'écoulement, la cavité utérine est revenue à ses dimensions normales.

Obs. X. — *Métrite blennorrhagique et salpingite.*

La nommée R..., 23 ans, domestique, vient salle Gosselin, le 3 juin 1896.

Elle souffre du ventre depuis deux ans et raconte qu'elle a été traitée, il y a un an, pour une vaginite.

Diagnostic : métrite blennorragique avec propagation aux trompes qui sont un peu grosses.

3 juin. — Argent 10 milliamp., 5 minutes. Renversement 10 secondes.

La malade a ses règles trois jours après, et ne revient que le 12 juin; elles ont été normales.

12 juin. — Argent 10 milliamp., 5 minutes. Renversement 80 secondes.

16 juin. — Même traitement.

A cette époque, tout écoulement a disparu, des ulcérations seules persistent sur le col.

26 et 29 juin. — Même traitement.

La malade est complètement guérie.

Obs. XI. — *Métrite et salpingite suppurée.*

La nommée D..., 22 ans, vient au mois de juin 1896.

Elle a toujours été mal réglée; elle se plaint de douleurs dans le ventre, principalement au moment des époques. Il y a deux mois, elle a ressenti des douleurs vives et subites, du côté gauche; en même temps apparurent des pertes blanches abondantes.

Étant allée consulter à l'hôpital Necker, service de M. le professeur Le Dentu, on lui a dit qu'elle avait une salpingite, et que l'opération était urgente.

Elle refuse de se laisser opérer.

L'on trouve un utérus en antéversion et douloureux au toucher. L'ovaire est prolabé et la trompe recourbée du côté droit.

Du côté gauche, on trouve une trompe de la grosseur d'un œuf et remplie de pus.

16 juin. — Argent 7 milliamp., 5 minutes. Renversement 10 secondes.

A la suite de cette première séance, la malade perd du pus en assez grande abondance.

19 juin. — La trompe est très réduite de volume. Argent 7 milliamp., 5 minutes. Renversement 10 secondes.

Le pus continue de couler, quoique en moins grande abondance.

Le même traitement est encore fait les 23, 26 et 30 juin, à la même intensité, et pendant cinq minutes.

A cette époque, il n'y a plus aucun écoulement et la malade, qui se croit guérie, ne revient plus, malgré nos avertissements.

Elle revient au mois d'août, souffrant encore un peu. Partant moi-même en voyage, je lui conseille de faire des irrigations chaudes qui peuvent suffire à compléter la guérison; la trompe, en effet, n'est pas très grosse et ne contient pas de pus.

Elle revient, en effet, le 1er décembre; la salpingite est guérie; il ne reste plus que de l'antéflexion.

Obs. XII. — *Métrite, ulcération du col et salpingite suppurée.*

La nommé B..., 28 ans, vient salle Gosselin, au mois de juin 1896.

La malade souffre depuis quatre ans. Il y a cinq ans, elle a fait une fausse couche de deux mois. Depuis cette époque, elle éprouve des douleurs très vives au moment des règles. Il y a deux ans, ayant des pertes blanches abondantes, elle va à la Charité, où elle est soignée.

Elle raconte qu'elle n'a pas eu d'amélioration.

L'examen montre un utérus en antéflexion complète, avec un écoulement de métrite, et une ulcération sur le col, une trompe un peu grosse à droite, et une trompe très grosse à gauche, et remplie de pus.

19 juin. — Argent 7 milliamp., 5 minutes. Renversement 10 secondes.

23 juin. — Même traitement.

26 juin. — La malade raconte que dans la soirée du 23 juin, elle a perdu, en grande abondance, du pus mélangé de sang. En effet la trompe gauche est très réduite comme volume, et paraît à peu près vide.

Argent 7 milliamp., 5 minutes. Renversement 10 minutes.

30 juin et 3 juillet. — Même traitement.

La malade, se croyant guérie, ne revient pas malgré nos recommandations.

Elle ne revient que le 21 juillet, après ses règles, et souffrant de nouveau.

La trompe est de nouveau remplie.

Argent 8 milliamp., 5 minutes. Renversement 10 secondes.

Le soir du traitement, la malade perd en abondance dn pus mélangé de sang.

Encore une fois, la malade s'absente, et ne revient que le 8 août.

La trompe fut de nouveau remplie; le traitement est repris.

8 août. — Argent 8 milliamp., 5 minutes. Renversement 10 minutes.

Le soir la trompe se vide pour la troisième fois d'un mélange de pus et de sang.

11 et 14 août. — Même traitement.

Partant moi-même en voyage, je conseille à la malade de faire des irrigations chaudes qui suffiront peut-être à compléter la guérison; je lui donne rendez-vous au mois d'octobre. Je ne l'ai pas revue.

Cette observation, quelque incomplète qu'elle soit, est cependant très instructive. C'est pourquoi j'ai cru devoir la donner. J'y reviendrai tout à l'heure.

Telles sont les observations que M. Boisseau du Rocher nous a présentées, et qui sont, comme vous le voyez, très encourageantes. Elles nous montrent, comme il le dit dans ses conclusions, qu'au moyen de l'électrolyse à l'argent, on peut arrêter des métrorrhagies, liées à des tumeurs fibreuses, à des congestions utérines, à des fongosités persistant après l'accouchement, ou quelquefois après un curettage insuffisant.

L'action décongestionnante, qui se manifeste par la diminution de la tumeur, persiste longtemps encore après l'intervention. Aussi M. Boisseau du Rocher fait-il remarquer, en passant, que chez une femme jeune on doit éviter de pratiquer l'électrolyse trop près des règles; en le faisant, on risque de produire des retards considérables qui obligent d'arrêter le traitement.

Avec l'électrolyse d'argent, par le fait de la production de l'oxychlorure d'argent, on arrive également dans des utérus infectés à tarir les sécrétions purulentes et, dans quelques cas, sous l'influence du courant électrique, on peut voir les trompes se vider. Les dernières observations de M. Boisseau du Rocher le prouvent d'une façon péremptoire.

Après avoir, pendant un an, expérimenté ce traitement dans mon service, je me crois donc autorisé à le recommander.

Toutefois, je ne saurais souscrire aux conclusions trop optimistes de M. Boisseau du Rocher et trop radicales.

Pour lui, c'est le traitement de choix de toutes les métrites; pour un peu il le regarderait également comme le traitement des salpıngites.

Il est difficile de souscrire à des conclusions si absolues, et, tout en recommandant le traitement à l'électrolyse, je considère que, comme tout traitement, il a ses indications et ses contre-indications.

Dans les cas d'hémorrhagies utérines, toutes les hémorrhagies sont-elles justiciables de ce traitement? Evidemment non.

Les effets de l'électrolyse à l'argent sont lents à se produire; bien que M. Boisseau du Rocher nous dise qu'ils sont rapides, ce n'est qu'après trois ou quatre séances. Une femme qui a des pertes considérables, qui a des débris placentaires qui l'infectent, n'est donc pas justiciable de ce traitement.

Le curettage, ce moyen merveilleux que nous avons à notre disposition pour arrêter les pertes en pareil cas, ne saurait être supplanté par aucun autre traitement.

Avec un curettage bien fait, vous débarrasserez bien plus sûrement et plus vite des fongosités qui saignent et qui risquent toujours de s'infecter ultérieurement.

L'électrolyse à l'argent doit être réservée, comme je l'ai fait, à ces métrorrhagies qui surviennent quelquefois après l'ablation des annexes et qui sont dues à des congestions trop fortes portant sur un utérus qui avait, au moment de l'ablation des annexes, déjà un peu de métrite.

Dans ces cas, le curettage me paraît moins bon, car il risque de supprimer complètement les règles, dont les femmes, quand elles ont le bonheur de les avoir, bénéficient grandement. La possibilité d'avoir encore ses règles après la laparotomie, surtout quand on a le soin de faire porter sa ligature sur la queue de l'ovaire, est, soit dit en passant, encore un fait qui plaide en faveur de la supériorité de la laparotomie sur l'hystérectomie.

L'électrolyse est encore utile chez les femmes qui, à la suite de curettage, comme dans l'observation de M. Boisseau du Rocher, perdent encore, probablement parce que dans ces cas — je parle des cas où le curettage a été bien fait — l'utérus est très vasculaire, comme l'a montré M. Quénu.

L'électrolyse sera enfin recommandable dans les utérus fibromateux, pas encore très développés, utérus pour lesquels on hésite à proposer une intervention radicale qui, d'ailleurs, n'est pas généralement acceptée ou qui peut, comme dans une des observations de M. Boisseau du Rocher, paraître dangereuse.

Dans les fibromes, je n'ai pas besoin d'insister ici longuement sur ce point. Si, pour un électricien expert comme M. Boisseau du Rocher, l'électricité paraît le traitement de choix, pour un chirurgien l'électricité, même sous forme d'électrolyse à l'argent, devient plus discutable, et je crois que mes collègues pensent comme moi;

en cas de fibrome, l'intervention chirurgicale s'impose à l'heure actuelle de plus en plus.

J'arrive maintenant aux utérus infectés. Ici ce n'est pas avec le curettage que nous comparerons l'électrolyse. Depuis longtemps ma conviction est faite. Autant le curettage est excellent dans les cas de métrites hémorrhagiques, autant je le condamne dans les utérus infectés. Je profite de l'occasion pour dire ici franchement ce que je pense de ces coups de curette qu'on donne à l'heure actuelle de façon si aveugle pour soigner toute inflammation utérine. Le beau temps du curettage doit cesser pour faire place à un traitement plus rationnel.

Gratter un utérus infecté, c'est aussi absurde que gratter une plaie couverte de pus.

Avec la curette, vous faites une plaie dans un milieu infecté, vous ouvrez des lymphatiques, vous mettez à découvert des voies absorbantes, et quand vous avez enlevé la muqueuse, il reste au-dessous des lymphatiques les culs-de-sac glandulaires qui sont infectés et qui restent infectés.

Aussi n'est-il pas surprenant de voir que non seulement avec les curettages on ne guérit pas les métrites, mais qu'on augmente le mal, et que d'utérines les lésions deviennent périutérines, qu'à la métrite la salpingite succède.

La quantité de femmes auxquelles nous enlevons des annexes six mois après un curettage sont là pour prouver la véracité de ce que j'avance.

Aussi n'est-ce pas avec le curettage que je comparerai l'électrolyse à l'argent ; elle aurait, comme le fait remarquer M. Boisseau du Rocher, trop de facilité à l'emporter. Si le curettage est dangereux, l'électrolyse à l'argent ne l'est pas.

Mais ce sera avec la simple dilatation, les pansements intra-utérins, les cautérisations légères à la créosote, les lavages répétés qui peuvent tarir des suppurations abondantes, bien plus sûrement que l'électrolyse.

M. Boisseau du Rocher ne nous montre que les guérisons ; à côté je parlerai de cas où l'électrolyse à l'argent m'a paru échouer. M. Boisseau du Rocher me dira que je n'ai pas été assez patient ; en effet, après cinq à six séances, voyant que l'écoulement persistait, j'ai renoncé à l'électrolyse. Mais, dans ces cas, il y avait une sécrétion abondante de pus ; j'avais affaire à ces métrites gonorrhéiques quelquefois si tenaces, chez lesquelles la muqueuse est recouverte d'une épaisse couche de pus, qui empêche l'action de l'électrolyse sur la muqueuse. Je crois donc que, dans ces cas, l'électrolyse à l'argent ne saurait être conseillé ; il vaut mieux de

suite avoir recours à la dilatation, aux pansements répétés et aux drainages.

Où l'électrolyse à l'argent m'a paru surtout efficace, c'est contre ces utérus encore en subinvolution, légèrement infectés, dont l'infection persiste parce qu'elle se trouve sur un terrain spécial, irrigué par des vaisseaux dilatés, se contractant mal, où le système veineux est développé. Pour ces utérus mollasses, variqueux, à muqueuse friable, l'électrolyse à l'argent rend de grands services, car, d'une part, le courant fait contracter cet utérus, redonne de la tonicité à la fibre utérine; d'autre part, la formation du sel d'argent agit comme désinfectant, pénètre dans les glandules et modifie la surface utérine, comme je l'ai déjà dit plus haut, comme tout sel d'argent pourrait le faire.

De même l'électrolyse à l'argent agit à la fin des métrites gonoccociennes, lorsqu'on n'a plus que la mèche, qu'une sécrétion très atténuée. Dans ce cas, l'électrolyse à l'argent peut agir efficacement sur la muqueuse.

J'ai vu également de bons résultats dans ces métrites catarrhales du col, si tenaces, si rebelles, qui, dans deux cas, m'ont paru guéries ou tout au moins très améliorées.

Dans tous ces cas, qui sont des cas de métrite légère, où les femmes ont de la répugnance à conserver le repos au lit et où on essayait si inutilement des tampons glycérinés, l'électrolyse à l'argent devient un traitement précieux, car il permet à la femme de vaquer à ses occupations, en même temps qu'on la traite efficacement.

Quant à l'action de l'électrolyse à l'argent sur les salpingites, on ne saurait trop se fier à ces évacuations de liquide, indéniables, signalées par M. Boisseau du Rocher; le plus souvent la trompe se remplit de nouveau et on doit traiter plus tard plus sérieusement l'annexe.

En tout cas, ce n'est que dans quelques cas exceptionnels qu'on voit l'électrolyse amener cette évacuation, et là l'action de l'argent n'est pour rien. Le fait, cependant, est bon à signaler, car il peut dans quelques cas être utilisé.

En résumé, M. Boisseau du Rocher nous a fait connaître un mode de traitement facile, sans danger, commode pour les malades qui ne peuvent se condamner au lit pour se faire soigner, et qui, dans certaines métrites, peut rendre de grands services.

Discussion.

M. Nélaton. — M. Reynier vient de nous dire que la méthode que préconise M. Boisseau du Rocher n'est pas applicable dans les

cas de fibromes, qu'elle ne l'est pas non plus dans les cas de métrites hémorrhagiques, qu'il faut se garder d'y recourir dans les cas de métrites infectieuses compliquées ou non de salpingites. Je demanderai donc à M. Reynier à quels cas correspond la thérapeutique dont il nous parle.

M. Reynier. — Je la conseille dans les cas : de métrorrhagies consécutives à l'ovariotomie ; De fibromes ne provoquant pas d'accidents assez sérieux pour nécessiter une intervention sérieuse ; De métrites à la suite d'un accouchement ou d'un avortement dans lesquels l'utérus reste gros et mou ;

Enfin dans ces cas de vieilles métrites du col qui durent très longtemps.

II. — *Macrostomie bilatérale*, par M. E. Delanglade (de Marseille).

Rapport par M. BROCA.

Je m'excuse, messieurs, de vous entretenir d'un sujet où il n'est question ni de thérapeutique, ni de médecine opératoire, mais seulement de pathologie et même d'une pathologie très spéciale. L'observation que nous a adressée M. Delanglade me paraît cependant mériter une brève analyse.

Un garçon de sept jours fut amené le 8 mars 1897 à la consultation du dispensaire des enfants malades de Marseille, pour des malformations multiples de la face et d'une hanche. Son hérédité est nulle, sauf que le père présente à gauche une bifidité du tragus; grossesse et accouchement normaux.

La première malformation, immédiatement visible, consiste en une *macrostomie* bilatérale, d'autant plus nette qu'à la commissure fait suite un sillon enfoncé dans la joue. La commissure est à gauche sur la verticale qui passe par l'angle externe de l'œil ; à droite, elle est un peu moins en dehors. Des deux côtés, la profondeur du sillon gingivo-labial diminue à mesure qu'on s'en approche, et au niveau de la commissure même la muqueuse gingivale se continue directement avec la peau. Le sillon qui prolonge la commissure est transversal, se dirige vers le conduit auditif et ne s'incurve pas, comme cela est fréquent dans les cas de ce genre, vers la fosse temporale, en passant en avant du tragus. A gauche, le sillon se continue jusqu'au conduit.

Des deux côtés, le pavillon de l'oreille est petit, mal formé, rabattu en avant. De plus, à droite on voit, entre le tragus et l'extrémité du sillon, trois petites tumeurs saillantes, constituées par des *appendices préauriculaires* de forme classique, à cela près que, par une palpation attentive, M. Delanglade n'a pu y déceler de tigelles cartilagineuses centrales.

Ces lésions auriculaires et préauriculaires, certainement dues à un trouble du développement des arcs maxillaires et de la rainure intermandibulaire, sont souvent associées à la macrostomie. Le cas de M. Delanglade est plus accentué que beaucoup de ceux déjà connus, en ce qu'aux lésions précédentes s'associe déjà une atrophie notable du maxillaire inférieur, sans malformation cliniquement appréciable, il est vrai, de la jointure temporo-maxillaire. Il devient tout à fait rare en ce qu'à tout cela est jointe une *fistule congénitale de la joue*, lésion qui déjà à elle seule est exceptionnelle.

Cette fistule s'ouvre à droite au-dessus du sillon qui prolonge la commissure, en avant de l'oreille et au niveau de l'arcade zygomatique. Un fin stylet s'y engage jusqu'à 12 millimètres de profondeur en se dirigeant en bas et en arrière.

Je ne veux pas, à ce propos, reprendre la description et la théorie des malformations des arcs mandibulaires et des amputations congénitales de la face par brides amniotiques : dans le cas actuel, je crois qu'il s'agit, sans contestation possible, d'un vice de développement, et cela a de l'intérêt pour expliquer par le même mécanisme une *luxation concomitante de la hanche droite.*

Chez cet enfant, en effet, par la palpation du grand trochanter et de la tête fémorale, par la limitation de l'abduction et de l'extension, une luxation congénitale, variété postérieure, est évidente à la hanche droite.

Cette observation prouve, sans ambiguïté, que la luxation est réellement congénitale, constatée cliniquement dès la naissance; elle nous montre une fois de plus l'inanité de la théorie de Verneuil, assimilant les luxations dites congénitales aux luxations paralytiques. Avec tout ce que nous savons sur les malformations multiples, nous devons admettre une malformation de la hanche, malformation ici assez prononcée pour que d'emblée la tête soit nettement luxée en arrière. Je crois, d'ailleurs, que si on sait examiner bien la hanche, on peut assez souvent, malgré l'assertion de Verneuil, démontrer, bien avant l'aggravation par la marche, l'existence d'une luxation congénitale de la hanche.

M. Delanglade se propose de restaurer les commissures labiales vers l'âge d'un an ; je crois qu'il pourra, si l'enfant s'élève bien, faire cette petite anaplastie à partir de l'âge de 3 mois, en deux séances, une pour chaque côté. Pour l'oreille, il n'obtiendra probablement pas un résultat bien beau.

Discussion.

M. Kirmisson. — L'observation de M. Delanglade, dont vient de nous rendre compte M. Broca, mérite, à plusieurs égards, d'attirer

l'attention. Tout d'abord la coïncidence entre les fibro-chondromes préauriculaires et la macrostomie est à noter ; dernièrement, un auteur allemand, Fronhöfer (*Arch. de Langenbeck*, 52ᵉ Bd, 4ᵉ Heft, p. 883), a voulu voir dans ces fibro-chondromes coïncidant avec le bec-de-lièvre la trace de brides amniotiques ayant déterminé par leur présence la solution de continuité du bord labial. Mais, d'une part, la texture de ces petites tumeurs fibro-cartilagineuses est trop complexe pour qu'on puisse y voir la trace de brides amniotiques ; d'autre part, la fréquence de ces fibro-chondromes dans les cas de bec-de-lièvre est loin d'être assez fréquente pour qu'on puisse étayer sur leur présence une théorie générale de ce vice de conformation.

Pour ma part, je suis porté à voir dans ces fibro-chondromes et dans le bec-de-lièvre lui-même des faits de même ordre, dénotant des arrêts de développement dans la zone des bourgeons maxillaires et non pas deux faits sous la dépendance l'un de l'autre.

Un second fait intéressant dans l'observation de M. Delanglade, c'est celui d'une luxation congénitale de la hanche constatée peu de temps après la naissance. M. Broca y voit avec raison la preuve de l'existence réelle des luxations congénitales de la hanche, au sens propre du mot, et la réfutation de la théorie de Verneuil, d'après laquelle ces luxations se produiraient plus ou moins longtemps après la naissance et comme conséquence de la paralysie infantile.

De mon côté, quelque respect que j'aie pour la mémoire de mon maître, M. Verneuil, je suis forcé d'avouer que, sur ce point particulier, il s'est complètement trompé. J'ai pu étudier, en effet, des pièces de luxations congénitales de la hanche recueillies au moment même de la naissance ; chez une petite fille de 4 mois, j'ai pu reconnaître l'existence d'une luxation congénitale de la hanche droite, traduisant sa présence par un raccourcissement de 1 centimètre. Enfin, 5 fois au moins, ayant fait des réductions par la méthode sanglante, j'ai prélevé de petits fragments des muscles fessiers grand et moyen, et j'en ai pratiqué l'examen histologique. Ces faisceaux musculaires ont toujours été trouvés parfaitement sains, et je ne me suis pas contenté de mon appréciation personnelle ; je les ai soumis à l'examen d'histologistes compétents, MM. Mathias Duval et Cornil, qui les ont déclarés normaux. Il n'y a donc pas de doute ; la théorie de l'origine paralytique des luxations congénitales de la hanche n'appartient plus qu'à l'histoire.

Présentation de pièces.

M. Picqué présente deux photographies par rayons X. L'une montre une fracture de l'avant-bras avec les fragments dans leur position anormale ; l'autre montre le déplacement corrigé. Cette seconde photographie a été prise à travers l'appareil plâtré mis en place.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
Nélaton.

Séance du 28 avril 1897.

Présidence de M. Delens.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° M. le Dr Pauchet envoie une note *Sur un kyste de l'ovaire ouvert dans l'intestin* (Renvoyé à une commission : M. Richelot, rapporteur).

A propos du procès-verbal.

M. Quénu. — Je poserai une question à M. Michaux : n'admet-il point l'existence d'une angiocholile infectieuse *non calculeuse ?*

M. Michaux. — Je ne nie point l'existence de l'angiocholite non calculeuse, mais je crois à la très grande fréquence de l'angiocholite calculeuse.

Discussion sur la péritonite.

M. Jalaguier. — Je partage la manière de voir de MM. Brun et Kirmisson, relativement à la nature de la péritonite opérée par

M. Malapert; je crois qu'il s'agissait d'une péritonite à pneumocoques.

J'ai vu cinq cas de péritonite à pneumocoques; un cas a guéri spontanément, après ouverture à l'ombilic et dans le vagin.

Quatre cas ont été laparotomisés; trois ont guéri très rapidement; un a succombé. Il s'agissait, dans ce cas malheureux, d'une fillette dont le ventre était rempli de pus; l'enfant qui avait paru d'abord en voie de guérison, succomba le quinzième jour, et l'on trouva, à l'autopsie, un foyer méconnu derrière la rate et un autre derrière le foie.

Dans les trois cas qui ont guéri, j'ai trouvé de grandes quantités d'un pus accumulé au-dessous et en arrière des anses intestinales; il s'agissait de grandes péritonites enkystées. Le pus contenait, dans les trois cas, de gros coagula caractéristiques de la suppuration à pneumocoques. Du reste l'examen bactériologique a été pratiqué et a montré la présence du pneumocoque. Je partage également la manière de voir de M. Richelot sur le drainage par le procédé de Mickulicz qui m'a toujours paru insuffisant dans les cas de suppuration péritonéale. J'emploie de très gros tubes qui assurent l'écoulement du pus et permettent des lavages pendant les jours qui suivent l'opération si c'est nécessaire.

Quant aux solutions de sublimé, je les proscris absolument, même très étendues pour le lavage du péritoine; je n'emploie plus que de l'eau bouillie ou de l'eau salée.

M. Poirier. — Dans le service de M. Bouilly, que je remplaçais il y a deux ans, j'ai observé un cas semblable à celui rapporté par M. Malapert. Il s'agissait d'une petite malade atteinte de péritonite suppurée. Un large foyer enkysté avait refoulé l'intestin en haut. J'incisai le foyer, le vidai. Il guérit après drainage. Maintenant cette jeune fille devient tuberculeuse et il est bien probable que la péritonite que j'ai opérée, était tuberculeuse.

M. Gérart-Marchand. — Dans son intéressant rapport sur l'observation de péritonite de M. Malapert, notre collègue, M. Richelot, a soulevé plusieurs questions incidentes qui méritent, par leur importance, d'être discutées.

Et d'abord la péritonite suppurée généralisée est-elle susceptible de guérison? Notre rapporteur a émis des doutes, et MM. Reynier et Quénu ont parlé dans le même sens. Nos collègues nous ont rappelé que les observations de péritonite généralisée se rapportaient le plus souvent à des péritonites localisées, enkystées. Avec sa précision habituelle, M. Quenu nous a même cité un cas dans lequel l'intestin grêle était renfermé dans une sorte de sac, produit

des fausses membranes, qui l'isolait de la grande cavité péritonéale, et le protégeait contre l'action nocive du pus.

Ces faits sont incontestables, et beaucoup des péritonites suppurées que nous opérons et guérissons sont des péritonites enkystées. Cette notion ne doit pas être perdue de vue par l'opérateur; elle évite une erreur de diagnostic, et a une portée plus haute encore, puisqu'elle nous apprend à respecter ces barrières salutaires, ces sortes de séquestration partielle de la masse intestinale, qui facilitent la guérison. Mais à mon sens, ce serait être trop exclusif que de nier *la curabilité des péritonites généralisées.*

Le 26 août dernier j'étais appelé par mon ancien interne, le Dr Collet, auprès d'un garçonnet de 13 ans, atteint *de péritonite d'origine appendiculaire.* C'était la seconde crise d'appendicite, et nous étions au cinquième jour de la maladie. La péritonite se caractérisait par des vomissements, du *ballonnement du ventre,* de la matité dans *les deux fosses iliaques,* avec douleur *excessive,* des urines *très rares,* des filets de *sang dans une des garde robes,* le tout accompagné du facies péritonéal et d'une élévation de température entre 39,8 et 38°. sans fréquence trop grande *du pouls.*

Je jugeai une intervention absolument urgente, et je pratiquai la *laparotomie médiane,* avec l'aide des docteurs Collet, Paul Delbet, et de mon interne, M. Zeimet.

A l'ouverture du péritoine, il s'écoula du pus verdâtre : dans les deux fosses iliaques, je trouvai du pus séreux, extrêmement odorant; du côté droit, nageant dans du pus, était un appendice gangréné, décapité, c'est-à-dire complètement séparé du cœcum, libre dans le foyer purulent; je retirai aussi un calcul libre, présentant absolument la forme et l'aspect d'un noyau de cerise; je vis de suite que ce calcul était simplement formé par des matières fécales réunies *en boule conglomérée.*

Les lésions de l'intestin grêle étaient des plus intéressantes : sur toute sa hauteur, cet intestin grêle libre d'adhérences, était distendu, rouge, congestionné, avec une vascularisation anormale des plus appréciables : de place en place il existait des fausses membranes, les unes blanches, fibrineuses, les autres jaune verdâtre, quelques unes d'aspect gangréneux; il en existait même sur la face du mésentère entre les circonvolutions intestinales. Ces fausses membranes adhéraient peu à l'intestin, et pouvaient en être séparés, laissant une séreuse rouge, injectée, saignante. Je pus me rendre compte de tous ces détails, en étalant et en déroulant l'intestin grêle sur une grande compresse aseptique. J'inspectai aussi la région sous-hépatique et la région stomacale.

Si cette péritonite généralisée n'avait pas existé, nul doute que je l'eusse créée par ces manœuvres auxquelles j'attache de l'importance.

La seconde observation dont je veux vous parler est la répétition de celle-ci.

Il s'agit d'une femme de 54 ans, auprès de laquelle je fus appelé, le 6 novembre dernier, par le docteur Capitan. Elle aussi était atteinte de péritonite d'origine appendiculaire; le *ballonnement du ventre*, les *vomissements*, la *matité dans les fosses iliaques*, furent les symptômes déterminants de mon intervention. La laparotomie médiane faite avec l'aide de mes internes, MM. Ouvry, Zeimet, Herbet, et l'assistance du Dr Capitan, nous révéla du pus dans les deux fosses iliaques, un appendice gangrené, flétri, affaissé, dans la plus grande partie de sa longueur, et de sa circonférence, des fausses membranes, sur toute la hauteur de l'intestin, en un mot des lésions superposables, objectivement du moins, à celles dont je viens de vous parler. Ici encore il n'existait pas de cloisonnement de la cavité et ces fausses membranes blanches, épaisses, isolées, semées, greffées sur toute la hauteur du grêle, n'avaient aucune tendance à se souder entre elles.

Dans mon entourage on ne croyait guère à l'issue heureuse de ces deux interventions, et cependant ces deux cas de péritonite purulente généralisée ont guéri.

Le pourquoi de cette guérison doit, à mon sens, être rapporté à trois facteurs : 1° *la nature de la péritonite;* 2° *le moment de l'intervention;* 3° *la technique opératoire.*

Il y a, à n'en pas douter, dans la pathogénie des péritonites, des agents infectieux, très variables au point de vue de la virulence.

MM. Kirmisson et Brun ont eu le mérite de nous prouver l'innocuité relative des péritonites à pneumocoques, et dans le cas de M. Malapert, M. Richelot insistait sur la longue durée entre le début des accidents, et le moment où le chirurgien est intervenu *heureusement....* Aussi nos collègues, MM. Kirmisson et Brun seraient-ils assez portés à admettre qu'il s'agissait dans ce cas en discussion, d'une *péritonite à pneumocoques.*

Il y a des péritonites qui tuent en *trois jours*, qui se compliquent en un court laps de temps, *d'abcès du foie*, de *méningite septique*, et d'autres au contraire, comme celles auxquelles j'ai fait allusion, qui ont des allures moins toxiques.

Celà dépend-il de la nature de l'agent infectieux, de son isolement ou de son association avec d'autres microbes infectieux, de sa virulence, de la façon dont le péritoine réagit? Ce sont là autant d'inconnues, que je me déclare absolument incapable d'élucider.

Des bactériologistes et des cliniciens comme Acchalme, Courtois Suffit, Barbain, de Klecki, Barbier, ont abordé le problème sans le résoudre (Bumm), et la distinction qu'ils ont établie entre la péri-

tonite septique et la péritonite putride, n'a été pour nous d'aucun service [1].

Mais peut-être ce *quid ignotum* si intéressant sera-t-il résolu demain, et à ce point de vue l'effort de M. Brun est-il des plus méritoires.

Ce qu'aucun de vous n'ignore ici, c'est qu'il doit intervenir *avant l'intoxication générale*, avant que le sujet ne *soit empoisonné*, aussi faut-il agir aux premières *lueurs de la péritonite; le ballonnement du ventre*, *la douleur*, *les vomissements*, *la matité dans l'une ou les deux fosses iliaques*, *les selles sanglantes* ou *teintées de sang*, *les urines rares*, sont des symptômes qui, *réunis*, *rapprochés* de la fièvre, doivent imposer au chirurgien une intervention.

Comment faut-il intervenir? La technique opératoire me semble, eu pareil cas, de la dernière importance.

Dans ces cas de péritonite, j'ai toujours incisé l'abdomen, sur la ligne médiane, rejetant systématiquement l'incision latérale qui ne convient, à mon sens, qu'aux *accidents appendiculaires localisés à la fosse iliaque*.

L'incision sera suffisante pour aborder toute la masse intestinale, dépassant parfois l'ombilic.

Il faut évacuer le pus, réséquer l'appendice, enlever les plaques membraneuses, aseptiser autant que possible la cavité, et drainer.

Avec des éponges stérilisées, ou des compresses-éponges, sortant de l'autoclave, il est possible de nettoyer les différents points déclivés de la cavité péritonéale; avec de longues pinces, ou même l'extrémité des doigts, on atteint le fond de la cavité péritonéale.

La résection de l'appendice ne présente rien de particulier.

Il est nécessaire d'enlever toutes les plaques fibrineuses qui tapissent l'intestin ou les deux faces du mésentère. L'intestin est placé, étalé sur une grande compresse aseptique, tiède, et alors commence le travail du *détachement des plaques fibrineuses* qui doit être *patiemment*, *successivement*, mais *rapidement conduit*. Une compresse de mousseline doublant les doigts, frotte, soulève et entraîne la plaque. La surface séreuse sous-jacente est légèrement saignante, et doit être aseptisée avec un tampon de gaze iodoformée.

Puis enfin une longue pince coiffée de gaze iodoformée, peu riche en iodoforme, secouée pour enlever l'excès de poudre, est promenée dans tous les coins et recoins de la cavité péritonéale,

[1] Voir Bérard, Trois cas de péritonite suppurée (*Archives provinciales de chirurgie*, 1er avril 1896).

dans les deux fosses iliaques, entre les circonvolutions de l'intestin, du côté du rein, dans la région sous-hépatique.

Tout ce travail a été fait sans lavage de la cavité péritonéale, j'ai renoncé à ces lavages que j'ai vu pratiquer et que j'ai pratiqué moi-même sans succès[1].

Ce lavage ne peut être *antiseptique*, et il ne faudrait pas souvent recommencer l'expérience heureuse de M. Malapert.

Un antiseptique peut donner lieu à une intoxication générale, et il n'est pas sans inconvénients sur l'épithelium péritonéal.

Le lavage *aseptique* entraîne les *détritus*, le *pus*, lave *en un mot*. Il est insuffisant contre les fausses membranes qu'il ne détache pas. D'ailleurs, comment faire sortir tout le liquide? Mélangé aux produits septiques de la cavité péritonéale, non entièrement détruits, ne va-t-il pas devenir pour eux un excellent bouillon de culture.

Reste enfin une dernière précaution, le *drainage*. Ici encore je me sépare de M. Richelot, et je crois qu'un drain, plusieurs drains sont insuffisants pour assurer l'écoulement de la cavité péritonéale. Ces drains sont verticaux, et ne drainent pas. J'ai bien souvent constaté leur insuffisance.

Aussi j'associe toujours la gaze iodoformée au drainage. Cette gaze iodoformée draine capillairement, est un antiseptique au contact d'une cavité contaminée, et ce drain intérieur favorise et assure l'écoulement du trop plein qui pourrait se montrer.

Les injections veineuses de sérum artificiel en favorisant l'élimination des toxines par les reins, en retardant *l'infection générale*, m'ont rendus dans ces cas de grands services.

Il me semble donc démontré qu'il est possible de guérir ces péritonites septiques généralisées.

M. Routier. — Comme plusieurs de nos collègues, je crois qu'il s'agissait d'une péritonite à pneumocoques :

J'ai eu un seul cas semblable à traiter.

C'était une petite fille de 8 ans ; la seule particularité c'est que, malgré les fausses membranes qui accompagnaient le pus, celui-ci ne paraissait pas enkysté, j'ouvris le ventre en dehors du droit antérieur, comme pour une appendicite bien que le diagnostic fut fait, parce que la tuméfaction était surtout saillante à ce niveau.

Je retirai un litre et demi de pus qui fut analysé, l'enfant guérit.

[1] MM. Lucas-Championnière (chlorure de zinc faible); Jalaguier, Bouilly, Nélaton, Michaux (eau bouillie, boriquée, salée ou salicylée); Delbet (irrigations au sublimé à 1/5000e et précédées d'injections d'eau salée), sont partisans des lavages intra-péritonéaux.

Puisqu'on a soulevé ici la question de péritonites purulentes généralisées, je tiens à rappeler que j'ai présenté ici même quelques malades que j'ai guéris par la laparotomie et j'affirme une fois de plus que ces péritonites étaient bien généralisées, quoiqu'en dise M. Reynier, j'estime que j'ai suffisamment l'habitude de l'abdomen pour distinguer les péritonites enkystées des autres, j'en ai opéré et guéri un grand nombre qui étaient enkystées, je n'en ai pas parlé parce que ce ne sont pas des faits rares. J'ai présenté les autres comme des cas exceptionnels.

J'ajoute que je suis convaincu, pour en avoir vu un grand nombre, qu'on peut, si on va assez vite, enrayer la péritonite en voie d'éclosion et de généralisation, et je fais surtout allusion aux cas qui suivent les appendicites : je suis convaincu avoir arrêté, par une intervention très rapide, des péritonites qui, quelques heures plus tard, auraient été incurables.

Quant à la question de drainage, il y a longtemps que je ne me sers pas du Mickulicz. Les gros drains me paraissent très supérieurs, je les mets très gros, en nombre et en longueur variables avec ce que je veux faire; je les entoure de gaze pour protéger l'intestin.

Le Mickulicz est très bon pour tamponner un point qui saigne ou qui a été infecté, mais c'est un mauvais drainage général. Quant à la question du lavage du péritoine, comme je ne suis pas absolu, tantôt je m'en sers, tantôt je me contente du nettoyage à l'éponge, suivi de l'attouchement de toutes les parties avec une éponge saupoudrée d'iodoforme.

La question majeure et qui prime tout dans le traitement de la péritonite, c'est d'aller vite et d'opérer son malade aussitôt que possible ; il faut, en un mot, prévenir l'intoxication générale, la devancer, l'empêcher de se produire par la résorption et la généralisation des produits septiques dans le péritoine.

M. Reynier. — Je demanderai à M. Marchant de nous communiquer sa statistique.

M. Gérard-Marchant. — Je n'y manquerai pas.

M. Nélaton. — Il s'agit de savoir si les péritonites suppurées que nous opérons et qui guérissent sont des péritonites généralisées ou des péritonites enkystées contenant une énorme quantité de pus et faisant croire à un observateur superficiel à la généralisation. La confusion paraît d'abord impossible ; elle se comprend cependant fort bien car un foyer enkysté peut prendre de grandes dimensions, remplir l'excavation, refouler au loin l'intestin et donner l'illusion d'une péritonite généralisée, c'est-à-dire d'une suppuration dans laquelle flottent tous les organes de l'abdomen.

Un peu d'attention au cours de l'opération permet cependant de discerner facilement ces deux formes et je dois dire que les quatre faits de péritonites généralisées toutes les anses intestinales baignant dans le pus, consécutives à des appendicites que j'ai opérés ont été suivis de mort.

Mais à côté des faits de péritonites enkystées à larges foyers qui guérissent couramment et de ces péritonites généralisées que j'ai vu mourir, je vous demande la permission de rappeler votre attention sur ces péritonites à foyers multiples dont je vous ai déjà parlé l'an dernier.

Je vous présente aujourd'hui une femme de 33 ans qui me fut amenée il y a deux mois, avec des accidents de péritonite aiguë.

A la suite d'une fausse couche elle avait été brusquement prise d'une douleur abdominale vive et de vomissements ; immédiatement son ventre s'était météorisé. Dès le deuxième jour cette femme m'était adressée et à son entrée à l'hôpital son état était des plus graves. Le pouls et la température étaient dissociés, le facies était caractéristique, le ventre ballonné, les vomissements incessants.

Je fis une laparotomie médiane, je trouvai trois foyers contenant chacun un verre de pus environ, un dans l'excavation, les deux autres dans chacune des fosses iliaques. J'explorai l'appendice et le trouvai sain. Les trompes ne me parurent point malades et je ne sais quel avait été le point de départ de la péritonite. Après drainage j'eus le bonheur de voir ma malade guérir.

Dans quelle classe de péritonite ferez-vous rentrer ces abcès multiples, est-ce dans les péritonites enkystées, je ne le crois pas, car il faut les traiter comme des péritonites généralisées, rechercher les foyers et faire de grands lavages péritonéaux. Faut-il les ranger dans les péritonites généralisées avec localisation des foyers purulents je le crois et je comparerais volontiers ces péritonites à foyers multiples aux lymphangites des membres qui envahissent tout un membre et ont des foyers circonscrits de suppuration.

M. Quénu. — Pour affirmer la diffusion d'une suppuration péritonéale, les signes cliniques sont absolument insuffisants. Une péritonite suppurée localisée, ou un foyer septique quelconque, peuvent faire éclater des symptômes tels qu'on pense à tort à une diffusion de la péritonite. J'ai dit également que la possibilité d'introduire au loin une canule par des incisions bilatérales n'autorise pas des conclusions absolues. Pour affirmer l'existence d'une péritonite suppurée généralisée, il faut, le ventre ouvert, constater que les anses intestinales sont libres et non réunies en bloc.

M. Nélaton nous demande si ses observations de péritonites à foyers multiples appartiennent à la péritonite suppurée généralisée;

assurément non, même si la péritonite a été généralisée la suppuration ne l'est pas, quant à la nature de ces péritonites, les examens microbiologiques et non les hypothèses peuvent en décider : la vérité est qu'il en existe de toutes espèces et les deux faits de MM. Reynier et Poirier, joints au mien, démontrent que la tuberculose péritonéale généralisée peut être suppurée et ne pas tuer, au moins d'emblée, le malade.

Communication.

Des myxomes du bassin,

Par M. PAUL BERGER.

Voici tout d'abord la relation d'un cas de myxome de la fosse iliaque qui s'est présenté à mon examen : c'est incontestablement une des tumeurs pelviennes les plus volumineuses que l'on ait jusqu'à présent extirpées avec succès.

A la suite de cette observation et de l'exposé des caractères histologiques de la tumeur, consignés par M. le Dr Fernand Bezançon, chef du laboratoire de clinique, dans la note qui l'accompagne, on trouvera l'indication des faits peu nombreux concernant les tumeurs de même nature, appartenant à la même région, que j'ai pu relever dans la littérature médicale.

J'y joindrai quelques considérations sur l'extirpation des tumeurs solides, myxomes et chondromes, développées aux dépens des os du bassin.

Observation. — *Enorme myxome du bassin, occupant plus de la moitié gauche de l'abdomen. Extirpation. Guérison.*

Auray, maçon, natif de la Creuse, âgé de 49 ans, est entré le 12 octobre à la Pitié, où il était couché au n° 16 du pavillon Michon. Cet homme qui se présente dans un état d'amaigrissement, de souffrance et de misère physiologique extrême, nous donne les renseignements suivants sur l'affection qui l'amène dans le service.

Les antécédents de famille ne présentent aucune circonstance importante à relever. Le malade lui-même, sauf une fièvre typhoïde qu'il subit à l'âge de 18 ans, n'a jamais été atteint d'aucune maladie.

Ce fut en février 1896 seulement qu'il s'aperçut de l'existence d'une tumeur dure, qui lui parut avoir le volume d'un œuf et qui siégeait *sous les fausses côtes gauches.* Cette tumeur s'accrut rapidement, mais sans déterminer d'abord de gène appréciable. En juillet, pourtant, apparurent des fourmillements dans la jambe et dans la cuisse gauches, puis des douleurs qui, d'abord, étaient causées par l'extension du membre et qui disparaissaient par la flexion de la cuisse sur le bassin. Les dou-

leurs devinrent de plus en plus vives et continues, le membre inférieur s'affaiblit, puis fut atteint de paralysie complète, et le malade se décida à entrer â l'hôpital, ne voulant plus continuer à souffrir ni rester privé de l'usage de sa jambe.

Etat actuel. — La flanc gauche et toute la moitié correspondante de l'abdomen font une saillie qui contraste avec l'affaissement du côté gauche. Quand le malade fait effort pour se redresser, la tension du muscle droit fait disparaître cette saillie ; la tumeur qui la détermine est donc rétro-pariétale. La palpation fait reconnaître l'existence d'une masse bosselée et très dure en apparence ; cette tumeur remplit la fosse iliaque, le flanc et une partie de l'hypochondre et de la région ombilicale. Elle s'étend de la crète iliaque aux côtes inférieures sous lesquelles elle s'engage et de la colonne vertébrale environ jusqu'à deux travers de doigts au delà de la ligne médiane à la droite de l'ombilic. La paroi abdominale est partout mobile sur elle ; elle est fixe, néanmoins sa partie supérieure peut exécuter quelques oscillations d'avant en arrière sous l'impulsion alternative des mains placées l'une sur sa surface antérieure, l'autre à la région lombaire ; la partie inférieure, par laquelle, la tumeur s'enfonce dans la fosse iliaque, ne subit aucune espèce de déplacement sous ces manœuvres, elle est bien fixe. La consistance de la tumeur n'est pas partout la même ; très dure dans les régions inférieures, elle présente en haut comme un certain degré de fluctuation. En recherchant ses connexions on trouve qu'elle n'a aucune adhérence avec les côtes sous lesquelles elle s'engage et que partout la main peut se glisser entre sa surface et l'hypochondre ; elle est d'ailleurs en ce point recouverte par la concavité de l'estomac et du gros intestin. Vers la région ombilicale elle se termine, à droite de la ligne médiane, par un bourrelet derrière lequel la main peut plonger dans l'abdomen. En arrière un sillon existe entre elle et le rachis : mais du côté de la fosse iliaque, les doigts qui cherchent à pénétrer dans le sillon qui existe entre la tumeur et la crête iliaque, sont bientôt arrêtés par la rencontre de la première qui paraît se confondre avec la partie postérieure de la fosse iliaque interne.

La palpation de la tumeur n'est nullement douloureuse, mais le malade se plaint de douleurs intolérables sur le trajet du nerf crural et en général dans tout le membre supérieur gauche. Celui-ci présente une atrophie musculaire des plus prononcées ; la cuisse est demi-fléchie sur le bassin et ne peut être ramenée à l'extension. Le triceps crural est complètement paralysé. Il existe de l'engourdissement et de la parésie sensitive sur la distribution de tout le nerf crural. Les battements de l'artère fémorale sont conservés ; ils ne paraissent pas diminués ; il n'y a pas de signes de compression des veines iliaques ni aucune gêne de la circulation en retour, aucun engorgement ganglionnaire appréciable ; toutes les fonctions d'ailleurs sont bonnes, malgré l'amaigrissement résultant des douleurs. Le fonctionnement des reins est normal. Le toucher rectal ne permet pas d'atteindre la tumeur.

Le *diagnostic* fut : tumeur, probablement sarcome, développée aux dépens de l'os iliaque ou du périoste de la fosse iliaque interne et

comprimant le nerf crural ; je fis quelques réserves sur la possibilité d'un chondrome, malgré l'accroissement rapide de la tumeur. M. Reclus, qui voulut bien examiner le malade, fut du même avis.

Il fut convenu qu'on ferait une incision exploratrice permettant de reconnaître la nature et les connexions de la tumeur, mais sans aller plus loin dans le cas, malheureusement probable où l'extirpation complète serait reconnue impossible ou trop dangereuse.

L'*opération* fut faite le 9 novembre 1896, avec l'aide de mon collègue M. Picqué et de M. Reblaub, mon chef de clinique.

Une incision faite à un travers de doigt au-dessus de la crête iliaque et parallèlement à elle, dans une étendue de 10 centimètres, traversa les muscles grand, petit oblique et transverse. On arriva alors sur la tumeur qui était recouverte par un tissu cellulaire lâche, chargé de graisse (*fascia propria*). Le péritoine était refoulé en avant par la tumeur. Celle-ci était moins dure qu'on ne l'avait pensé ; elle paraissait très nettement encapsulée quoique adhérant assez fort par places, à son enveloppe kystique. L'incision fut agrandie en avant jusqu'au delà de l'épine iliaque antéro-supérieure, en arrière jusqu'au bord du muscle carré des lombes, vers la douzième côte. Il fut alors possible, sans trop de difficulté, de dégager toute la face antérieure de la tumeur, ses bords antérieur et supérieur, et en tournant derrière elle, de l'isoler du péritoine qui recouvrait sa face profonde. Elle était absolument fixe, de consistance très solide, mais variable, et à côté de parties lisses, elle présentait des grains durs et de petits lobules donnant la sensation caractéristique des chondromes. Tous les efforts pour la faire basculer et l'attirer au dehors n'arrivèrent qu'à en rompre les parties les plus supérieures qui se détachèrent, mais ne parvinrent pas à la mobiliser. En introduisant alors profondément la main, je pus sentir qu'un lobe assez volumineux passait sous le nerf crural et sous les vaisseaux iliaques qu'il soulevait et plongeait dans l'excavation pelvienne au niveau du détroit supérieur ; l'artère et la veine iliaque externe semblaient sortir de la tumeur elle-même. Je crus un instant que l'extirpation complète serait impossible. Mais en explorant les régions postérieures de la fosse iliaque, il me sembla que le pédicule de la tumeur qui s'y rattachait était assez limité. Je pus le circonscrire, l'attaquer et le sectionner avec une rugine. Aussitôt la tumeur se mobilisa, et en la faisant basculer en avant, je pus l'extraire en totalité, en rompant encore quelques adhérences qui l'unissaient aux parties profondes. Le lobe qui plongeait dans l'excavation pelvienne, vint avec la masse de la tumeur ; les vaisseaux iliaques ne subirent aucune atteinte sérieuse.

La cavité laissée à nu par la tumeur était énorme. Son fond était constitué en haut par le péritoine qui se trouvait décollé et flottant dans une étendue large presque comme les deux mains étendues. La séreuse présentait en un seul point une petite perforation qui fut fermée par une suture. En bas, toute la fosse iliaque était à nu ; le point d'implantation de la tumeur correspondait à la partie la plus postérieure de cette région, près de la symphise sacro-iliaque : il se présentait comme une

saillie rugueuse ; avec le ciseau et le maillet, j'enlevai toute la portion d'os qui avait donné attache au pédicule, et même au delà.

Très peu de vaisseaux durent être saisis; la plaie, nettoyée avec soin, fut fermée dans les cinq-sixièmes de son étendue par une suture à étages, réunissant les divers plans musculaires. Une compresse de gaze iodoformée fut laissée jusqu'au fond de la cavité pour établir le drainage.

Les suites de l'opération furent longues : sans qu'il y eut réaction fébrile notable, le malade, qui s'était bien relevé du collapsus opératoire, eut une suppuration abondante déterminée et entretenue par l'élimination de la suture profonde ; pendant quelque temps, l'appétit languit, et l'affaiblissement parut se prononcer encore davantage. Cependant les forces revinrent; au bout de trois à quatre semaines, la suppuration diminua (la température était restée presque constamment normale) et à partir du dixième jour elle n'atteignit plus jamais 37°), mais ce ne fut qu'au bout de près de trois mois que l'on put considérer la guérison locale comme complète.

Dès le moment de l'opération, les douleurs avaient disparu ; la contraction du triceps commençait à se montrer trois semaines après, et au bout d'un mois, le malade pouvait se lever: ce fut même en se donnant trop de mouvement qu'il entretint certainement la suppuration.

Il a quitté l'hôpital complètement guéri et sans traces de récidive, ayant recouvré la totalité des fonctions du membre inférieur gauche, à la fin du mois de mars 1897.

Examen anatomique de la tumeur, par M. le Dr Fernand Besançon, chef de laboratoire de la Faculté : — La tumeur présente un aspect extérieur bosselé, inégal, qui tient à ce qu'elle est formée par la réunion d'un nombre considérable de petits lobules de la grosseur d'un pois; ces nodules arrondis sont séparés les uns des autres par des travées de couleur grisâtre, de nature conjonctive; certains lobules sont même complètement couverts par ces travées.

Les lobules sont de consistance gélatineuse, ils sont translucides, de couleur jaunâtre ou rosée, de telle sorte que cette réunion de lobules translucides, séparés par des tractus gris blanchâtre, donne l'impression d'une grenade de grosseur démesurée, dont les grains de couleur variable sont plus ou moins enserrés par les cloisons parties de l'écorce.

La consistance des lobules est variable ; certains sont plus mous, comme s'ils contenaient du liquide à leur intérieur, d'autres sont plus résistants ; certains enfin sont infiltrés de sels calcaires.

L'*examen histologique* nous montre, dans l'intervalle des lobules transparents, de grosses travées conjonctives contenant quelques vaisseaux. Ces vaisseaux ont des parois bien constituées. Des travées principales, s'en détachent d'autres qui s'enfoncent dans l'intérieur des lobules pour les subdiviser et se ramifier ; ces travées qui sont souvent gorgées d'une substance amorphe muqueuse, sont sur certains points très larges, sur d'autres très fines ; elles figurent assez bien l'aspect d'un tissu réticulé. C'est dans les mailles de ce tissu qu'on trouve la

substance intermédiaire avec ses cellules qui constituent la partie fondamentale de la tumeur.

La substance intermédiaire qui ne se colore pas par les réactifs usuels se teint fortement en violet par la thionine phéniquée ; c'est là une réaction que nous avons déjà pu observer plusieurs fois ; elle est de nature muqueuse. Dans cette substance fondamentale sont plongées en nombre considérable des cellules de 10 à 12 μ dans leur grand diamètre, à noyau ovalaire, cellules qui présentent à leur périphérie de très nombreux prolongements, souvent très délies ; ces prolongements s'anastomosent parfois avec ceux des cellules voisines ; dans d'autres cas il n'y a pas d'anastomoses et les prolongements s'enroulent, pour ainsi dire autour de la cellule.

De place en place, les cellules se présentent sous un tout autre aspect; elles sont arrondies et s'entourent d'une capsule ; elles ont toutes les réactions de la cellule cartilagineuse. Ces cellules cartilagineuses sont tantôt éparses au milieu des cellules myxomateuses, tantôt réunies en nodules au milieu des zones myxomateuses.

Sur aucun point nous n'avons trouvé de tissu osseux véritable ; les parties dures après décalcification ne présentent pas d'ostéoblastes, il s'agit donc de simple infiltration calcaire.

En résumé il s'agit d'un chondro-myxome, l'élément myxomateux l'emportant d'ailleurs de beaucoup sur l'élément cartilagineux.

Je ne veux pas faire incidemment, à propos de ce cas pathologique, l'histoire des myxomes des os. Je me borne à donner ici l'indication d'un certain nombre de sources, où ceux qui voudraient poursuivre l'étude de ce sujet, pourraient trouver des renseignements.

Virchow les a étudiés [1], et il a même relevé la fréquence des myxomes de la cuisse dont il a réuni un certain nombre d'observations antérieurement publiées : Cornil et Ranvier [2], Lücke [3], Volkmann [4] en signalent l'existence, mais aucun de ces auteurs ne mentionne de fait où le bassin en ait été le siège. Ce fut peut-être M. Tillaux [5] qui publia, le premier, une observation de ce genre, La tumeur observée et enlevée par lui sur un sujet du sexe masculin était fixe, elle occupait la fosse ischio-rectale et elle se rattachait au coccyx par son pédicule ; c'était donc plutôt un myxome

[1] R. Virchow, *Pathologie des tumeurs*, 1867, t. I, p. 416 et 420.

[2] Cornil et Ranvier, *Manuel d'histologie pathologique*, 1869, t. I et II, p. 376.

[3] Lücke, *Handbuch der allg. und spec. Chirurgie von Pitha und Billroth*, 1869, t. II, 1er Abth., p. 178.

[4] Volkmann, *ibid.*, t. II, 2e Abth., p. 456.

[5] E. Salesses, Étude sur les tumeurs fibreuses péripelviennes (*Thèse de Paris*, 1876, obs. II, p. 20).

péripelvien qu'un myxome du bassin. En 1878, M. Ciani [1] a rapporté l'histoire curieuse d'une tumeur abdominale qui avait fait hernie par l'échancrure sciatique. Cette tumeur, après s'être réduite dans l'abdomen, réapparut une seconde fois dans l'échancrure en question et fut extirpée : elle était grosse comme un œuf et elle était constituée par du myxome ; mais son siège originel et ses connexions avec le bassin ne purent être précisés. Tansini [2], en 1881, publia l'observation d'un myxome qui occupait, chez un jeune homme, la région du triangle de Scarpa et qui avait acquis assez rapidement un volume très considérable. Il fut extirpé avec succès malgré la blessure de l'artère fémorale profonde qui se produisit pendant son ablation. Il tenait par son pédicule à la branche ascendante de l'ischion. Enfin, en 1894, à la société anatomique, M. Isidor [3] a présenté un myxome en dégénérescence lipomateuse, qui occupait la région des adducteurs, implanté par un pédicule long et grêle à la branche ischio-pubienne. Il fut enlevé par M. Lejars.

Tels sont les seuls cas que je connaisse de myxomes pelviens et péripelviens : nous pouvons signaler comme autres faits de myxomes des os publiés dans la littérature, ceux qui sont contenus dans l'intéressant travail de M. Tédenat [4] sur ce sujet, ceux de Meyer et Israël [5], de J.-L, Reverdin et Zahn [6], de René Josserand et Bérard [7] ; aucun d'eux ne renferme de cas de myxome implanté sur le bassin.

Ceux-ci, ainsi qu'on peut s'en convaincre par l'énumération qui précède, sont des tumeurs péripelviennes plutôt que pelviennes : elles se rattachent au périoste le plus souvent par un pédicule long et étroit qui peut être méconnu. Il ne serait donc pas étonnant que les cas assez nombreux de myxomes de la cuisse, spécialement ceux de la région des adducteurs, comme celui qu'a communiqué M. Ladroitte [8], que ceux, plus rares, des parties sexuelles de la

[1] M. Ciani, Su im caso di mixoma migrante [*Nuovo giorn. internaz. d. sc. med.*, t. I, fasc. 5 (Naples ; *Centralblatt f. Chirurgie*, 1878, n° 39, p. 660).

[2] Tansini, Fibroma colossale della pelvi esportato em felice exito (*Giorn. d. r. Acad. d. med. di Torino*, 1881, n° 1).

[3] Isidor, Myxome à implantation sur le pubis (*Bull. de la Soc. anatomique*, 29 juin 1894, p. 476).

[4] Tédenat, Myxome des os (*Montpellier médical*, 1884, n° 6, p. 533).

[5] H. Meyer, *Archiv f. klin. Chirurgie*, 1874, t. XVII, p. 342 ; le même fait cité par Israël, *ibid.*, t. XX, p. 296.

[6] J.-L. Reverdin et F.-W. Zahn, Myxoenchondrome du fémur, désarticulation de la hanche (*Revue méd. de la Suisse romande*, 1881, n°s 4 et 5).

[7] René Josserand et Bérard, Sur un cas de myxome kystique du tibia (*Revue de chirurgie*, 1895, p. 436).

[8] Ladroitte, Myxome du moyen adducteur (*Bull. de la Soc. anatomique*, mars 1882, p. 147).

femme, appartiennent à la catégorie des tumeurs qui nous occupent. Dans une observation de myxome de la grande lèvre, enlevé par le professeur Verneuil et communiqué à la société anatomique par M. Suchard [1], la tumeur présentait une sorte de pédicule de la grosseur du doigt qui se prolongeait jusque sur la branche montante du pubis. L'observation ne dit pas si elle y prenait son implantation.

A ce point de vue, la tumeur que j'ai extirpée différait des autres : elle était fixée au périoste de la fosse iliaque interne, près de l'articulation sacro-iliaque gauche, par une implantation de plusieurs centimètres; les adhérences avec l'os en ce point étaient très solides, elles immobilisaient complètement la tumeur : la surface osseuse à ce niveau présentait même des rugosités ostéophytiques qu'il me parut prudent de faire disparaître en réséquant toute la partie qui donnait attache à la tumeur.

La tumeur que j'ai enlevée dépassait aussi beaucoup le volume de tous les myxomes du bassin dont je viens de donner l'indication. Il égalait celui des plus gros chondromes que l'on a observés dans cette région, et les troubles fonctionnels et les désordres qu'il provoquait étaient dus au refoulement et à la compression des parties voisines et principalement du nerf crural sous lequel la tumeur envoyait un prolongement. La compression de ce nerf avait, en effet, déterminé non seulement des douleurs atroces, mais une paralysie déjà complète dans le domaine de son innervation; celle-ci céda rapidement après la décompression du cordon nerveux que produisit l'opération.

Carl Otto Weber [2], dans sa remarquable monographie sur les exostoses et les enchondromes, avait signalé les redoutables effets de l'accroissement rapide des chondromes pelviens sur les organes voisins. A cette époque, les tumeurs affectant ce siège et atteignant ce volume semblaient au-dessus de toutes ressources, et vingt ans plus tard P. Broca [3], en présence d'une tumeur du bassin qui présentait à peu près exactement le même siège et le même développement que la nôtre et qui probablement était un chondrome, croyait encore prudent de s'abstenir. Jusque dans ces derniers temps, on trouve dans les recueils d'anatomie pathologique des exemples de chondromes du bassin qui ont déterminé la mort par leur accroissement graduel, sans que l'on ait rien tenté pour s'opposer à leur développement. C'est ainsi qu'Eve [4] a présenté à la

[1] Suchard, Myxome de la grande lèvre, (*ibid.*, février 1882, p. 85).

[2] Carl Otto Weber, *Die Exostosen und Enchondrome.* Bonn, 1856, p. 122.

[3] Salesses, *loc. cit.*, obs. I, p. 15.

[4] F.-S. Eve, Enchondroma of the pelvis (*Transactions of the pathological Society of London*, 1885, t. XLVI, p. 395).

Société pathologique de Londres, en 1885, les pièces relatives à des enchondromes du bassin qui avaient fini par remplir presque tout l'abdomen et par aboutir à la compression des uretères et à la mort par urémie; dans un de ces cas, comme dans le nôtre, il existait des phénomènes de compression du nerf crural.

Notre observation démontre que les myxomes pelviens pourraient amener les mêmes désordres. Si on ne les a pas encore décrits comme tels, cela tient à la rareté relative de ces tumeurs, probablement aussi à leurs rapports beaucoup moins étroits avec la ceinture pelvienne et à la mobilité que leur confère leur pédicule, conditions qui font méconnaître, parfois, leur origine. Le myxome à implantation coccygienne, qu'a si habilement extirpé M. Tillaux, faisait exception; il était enclavé dans l'excavation pelvienne et commençait à comprimer sérieusement la vessie et le rectum.

Le développement des myxomes péripelviens paraît moins lent que celui des chondromes; ils mettent certainement, néanmoins, des années à atteindre un volume considérable; presque toujours, quand on en a observé l'existence, ils avaient déjà un certain développement. Au dire de notre malade, la tumeur qu'il portait, du mois de février au mois d'octobre aurait passé du volume d'un œuf à celui d'une tête d'adulte; mais le fait même qu'elle confinait aux dernières côtes, quand le malade s'aperçut de son existence, montre qu'elle devait avoir atteint des dimensions très supérieures à celles qu'il croyait lui reconnaître, et par conséquent que son début remontait à une époque déjà fort reculée. Dans quelques-unes des observations que nous avons citées, en un an ou quelques mois, les myxomes avaient très notablement augmenté de volume.

Ce caractère, leur consistance moins dure, fluctuante même par places, permettait peut-être de les distinguer des chondromes et des fibromes pelviens et péripelviens dont ils se rapprochent par leurs contours globuleux, leur aspect bosselé et leur parfaite circonscription à l'égard des parties voisines.

Jusqu'à présent, les myxomes pelviens se sont conduits comme des tumeurs bénignes; ils n'ont, à ma connaissance, jamais donné lieu soit à des tumeurs secondaires métastatiques, soit à des récidives sur place après leur extirpation; espérons qu'il en sera de même pour notre opéré.

Quand ces tumeurs sont pédiculées et mobiles, comme c'est le cas le plus ordinaire, leur ablation est d'une simplicité élémentaire. Lorsqu'elles sont enclavées, comme dans le fait de M. Tillaux, leur opération peut être laborieuse et elle exige l'habileté et l'expérience d'un chirurgien consommé; néanmoins, le parfait encapsulement

qui est un de leurs caractères anatomiques les plus constants, facilite leur énucléation, permet d'épargner les organes voisins et le péritoine qui se laisse aisément décoller et d'arriver à les extraire sans perte de sang notable et sans avoir une hémostase trop difficile à faire.

Quand les myxomes pelviens affectent la disposition et ont le volume que le nôtre présentait, leur extirpation devient une grosse entreprise chirurgicale : elle est identique à celle des plus gros enchondromes du bassin. Nous avons vu que, jusqu'en ces derniers temps, l'on n'avait guère abordé de semblables opérations ; le fait publié par V. Bergmann, en 1885 [1], est un des premiers en date. Depuis lors, jusqu'à la dernière observation que Domke [2] a recueillie dans la clinique privée du Dr Hadra (de Breslau), cet auteur a pu rassembler environ 6 cas d'extirpation d'enchondromes développés soit dans la fosse iliaque interne, soit à la fois en dedans et en dehors du bassin ; deux fois ces opérations déterminèrent la mort (Billroth) par collapsus dû à l'hémorrhagie opératoire et par septicémie postopératoire. Les autres malades guérirent ; chez l'un, l'on dut ouvrir la cavité péritonéale (Mikülicz); chez un autre, V. Bergmann lia par précaution les artères et les veines iliaques primitives, internes et externes. On a vu que, malgré les connexions intimes que présentait la tumeur avec ces vaisseaux, nous avons pu éviter cette extrémité.

Je dois dire que malgré l'heureuse issue de notre cas, malgré la facilité relative avec laquelle la tumeur a pu être isolée des parties voisines, du péritoine dont la blessure accidentelle a pu être fermée par la suture des gros vaisseaux et du nerf crural sous lesquels le myxome s'engageait, du rein qui était en contact avec lui, l'opération a été laborieuse, pleine d'imprévu, très impressionnante, et que j'ai douté un instant de pouvoir la mener à bonne fin en croyant constater que les vaisseaux iliaques et le nerf crural pénétraient dans l'intérieur même de la masse morbide ; c'est dans des conditions analogues que Billroth perdit celui de son opéré qui fut enlevé par le collapsus opératoire.

On ne saurait établir aucun plan déterminé d'avance pour l'ablation d'une tumeur de cette espèce ; on ne peut que se guider sur ses rapports présumés tels que sa situation, sa forme, tels aussi

[1] V. Bergmann, Exstirpation eines Beckenenchondroms mit Unterbindung der Arteria und Vena iliaca communis (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1885, nos 42 et 43).

[2] Domke, Ueber einen Fall von Exstirpation eines inneren Becken enchondroms mit partielles Resektion des Darmbeins (*Arch. f. klin. Chirurgie*, 1895, t. L, p. 177).

que la palpation permettront de les reconnaître. La seule règle que l'on doive adopter est la suivante : aborder la tumeur par celle de ses faces qui est la plus accessible et qui expose le moins à la blessure du péritoine; aller directement jusqu'au tissu pathologique et profiter de l'encapsulement de la tumeur pour l'énucléer avec la main ou avec des instruments-mousses, en agissant strictement dans la contiguité de sa membrane d'enveloppe. Dès qu'on aura reconnu son point d'implantation, l'attaquer pour faire basculer et extraire le plus rapidement possible la masse tout entière, sauf à revenir sur ce point pour en pratiquer l'excision d'une manière tout à fait complète. Si la tumeur, par son volume, par les prolongements multiples qu'elle poursuit en diverses directions, gênait trop les manœuvres, ou pourrait peut-être la fragmenter pour dégager l'abord des parties profondes ; le peu de vascularité du tissu pathologique permettrait de le faire sans avoir trop à craindre l'hémorragie fournie par la tumeur. Mais comme, dans toutes les tumeurs encapsulées, les prolongements et les lobes aberrants suivent presque toujours le gros de la tumeur au moment où celui-ci cède aux tractions qu'on exerce sur lui et se laisse énucléer, je conseillerais surtout de s'adresser aussi promptement que possible au point d'adhérence pour mobiliser la masse morbide, la faire basculer sur le bord du bassin et pour l'extirper en une masse avec tous ses prolongements.

Des manœuvres violentes, rapidement exécutées sur une aussi large surface se concilient difficilement avec une asepsie rigoureuse malgré toutes les précautions prises d'avance et l'attention qu'on dirige constamment sur ce point au cours de l'opération. Il faudra donc prévoir un peu d'infection possible de l'énorme cavité que crée l'opération et où se fait un suintement qu'on ne peut complètement empêcher par la ligature des vaisseaux intéressés. Il sera donc nécessaire de laisser, aux points les plus déclives des incisions, de larges ouvertures, et de pourvoir à l'évacuation des liquides venant de la plaie par un bon drainage.

Au moment où j'achevais ce travail, s'est présenté dans mon service un jeune homme de 28 ans, atteint d'une tumeur de l'épaule à développement assez rapide qui, par ses caractères, me parut être un sarcome périostique de l'extrémité supérieure de l'humérus ayant envahi quelques-uns des muscles scapulaires. Je pratiquai l'amputation interscapulo-thoracique ; l'examen histologique de la pièce, pratiquée par M. Besançon, démontra qu'il s'agissait d'une tumeur absolument semblable à celle qui vient d'être décrite ; d'un myxome de l'extrémité supérieure de l'humérus avec présence de cellules cartilagineuses assez nombreuses au milieu des éléments du myxome. L'opéré, qui est actuellement guéri, sera

présenté à la Société, et son observation, ainsi que l'examen détaillé de la tumeur, seront prochainement publiés.

Discussion.

M. Quénu. — J'ai pu constater l'exactitude des observations faites par M. Berger. Les myxomes des os diffèrent de ceux des parties molles. Les myxomes des os sont d'ordinaire associés au sarcome et sont bien appelés myxosarcomes; il n'y a pas de différence clinique tranchée entre le myxome et le sarcome des os. Quant à leur pronostic il est le même.

M. Kirmisson. — Je crois vraie cette proposition de M. Quénu en envisageant la question d'une manière générale. Cependant il y a des myxomes pédiculisés qui ont une malignité moins grande que les myxosarcomes.

Lecture.

M. Legueu lit un travail : *Sur deux cas d'occlusion intestinale traitée par la laparotomie.*

Renvoyé à une commission (M. Gérard-Marchant, rapporteur).

Présentations de pièces.

Anévrysme diffus d'origine inflammatoire de la tibiale postérieure gauche. Présentation du caillot.

M. Bazy. — Le caillot que je vous présente provient d'un anévrysme diffus de la jambe que j'ai opéré le 18 avril dernier et dont le sujet qui en était porteur est actuellement à peu près guéri.

Ce caillot présente cette particularité que les caillots fibrineux se trouvent, contrairement à ce qui se passe pour les anévrysmes spontanés, au voisinage de l'ouverture artérielle formant là deux ou trois cupules contre les parois desquelles venait battre le sang sortant du vaisseau. Autour de ces caillots fibrineux, on voit un gros caillot cruorique qui avait pu se former grâce à une fissure qui s'était faite dans le caillot fibrineux et par laquelle le sang avait pu se répandre plus loin.

Osselin (Jean), âgé de 71 ans, entré dans mon service, salle Seymour, e 14 avril 1897.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Nuls.

Marche de la maladie actuelle. — Au mois de décembre dernier, le malade s'aperçoit d'une petite plaie au gros orteil gauche. Cette plaie suppure pendant quelque temps, elle s'ouvre et se referme alternativement. Actuellement encore, on peut voir les traces de cette plaie, mais comme elle ne fait pas souffrir le malade, celui-ci n'y attache pas d'importance, il se contente de panser la plaie avec un peu de toile propre. Quelque temps après, apparaissent aussi des ulcérations sur la plante du pied, en avant du talon.

Il y a quatre semaines environ, le malade commence à ressentir une douleur à la partie moyenne de la jambe gauche, du côté interne. En même temps, la peau devient rouge et une tumeur se forme petit à petit. La jambe devient douloureuse et le malade commence à être gêné dans la marche. La douleur s'irradie même au pied.

15 avril. — A l'examen, on constate une tumeur siégeant à la partie antéro-interne de la jambe ; la peau, au niveau de la tumeur, est rouge écarlate ; la tumeur est dure, peu fluctuante, elle est animée de pulsations qui s'aperçoivent à l'œil nu ; à l'auscultation de la tumeur, on entend un souffle systolique. Les ulcérations de l'orteil et de la plante du pied ne sont pas cicatrisées et même sont légèrement enflammées, les vaisseaux fémoraux des deux côtés sont indurés et dilatés.

16 avril. — La tumeur a considérablement augmenté de volume.

Opération le 18 avril. — Elle commence par l'*ouverture du sac anévrysmal et ligature de la tibiale postérieure au-dessus et au-dessous.* Après la ligature de la tibiale postérieure au-dessous de l'anneau du soléaire et au-dessus du sac, incision sur la ligne classique de 7 centimètres environ empiétant sur la poche anévrysmale ; on arrive sur l'artère et on la lie entre les deux veines, au delà de leur confluent, au moment où elles vont former le tronc tibio-péronier. Cela fait, on prolonge l'incision par en bas en passant par dessus le sac anévrysmal qui est ouvert, ce qui est d'autant plus facile qu'on constate que l'anévrysme est diffus ; on enlève de gros caillots noirâtres du volume d'une petite mandarine ; la face profonde de ce caillot est noire et cruorique, on en voit un autre, blanchâtre, dessinant une capsule principale, du volume d'une noisette moyenne, située sur la région des vaisseaux.

Cette capsule se trouvait au niveau du point où siégeait la rupture vasculaire qui était, comme nous allons le voir, située au-dessous de la partie moyenne de la jambe.

En effet, on voit saigner tout à fait profondément un vaisseau artériel; on le saisit au moyen d'une pince tout d'abord et, cela fait, on dénude l'artère au-dessous, on la lie et on la coupe au-dessous de la ligature, on passe alors dans l'artère, au-dessus du point qui vient d'être sectionné, un stylet pour trouver le point de départ de la rupture vasculaire. Ce stylet apparaît bientôt et on voit que l'artère a été sectionnée complètement en travers ; on retrouve, en effet, en remontant, le bout supérieur, on y introduit un stylet qui remonte tout le long de l'artère jusqu'à la ligature supérieure.

Ce bout saigne, de sorte qu'on est obligé de le lier et, en cherchant à le pincer, on le déchire très facilement, ce qui indique sa friabilité (tout ceci se passe au-dessous de la tumeur anévrysmale, la rupture vasculaire étant évidemment située à ce niveau-là).

Si nous nous reportons au niveau de la ligature supérieure, nous voyons qu'après section de l'artère au-dessous de la ligature, du sang vient par le bout situé au-dessous de la section, bout qui se trouve être la partie intermédiaire aux deux ligatures. Cette portion-là est aussi friable, car voulant la saisir avec un fil passé à travers la paroi au moyen d'une fine aiguille de Reverdin, il se déchire; ce bout-là saigne aussi et oblige à placer une ligature, de sorte qu'il y a quatre ligatures.

Le sang épanché avait dissocié le muscle soléaire en partie, avait usé et perforé l'aponévrose jambière et formé une tumeur sous la peau, à la partie antéro-interne de la jambe. La peau, à ce niveau, était altérée et manifestement enflammée dans une grande étendue (7 à 8 cent.) et légèrement érodée au centre.

Avant de faire la première ligature de la tibiale au-dessous de l'anneau du soléaire, on avait passé au-dessous l'aiguille de Deschamps, puis la sonde cannelée qui était restée en place une minute au maximum. Cela avait suffi pour arrêter complètement les mouvements d'expansion de la tumeur. En effet, avant de serrer la ligature, nous nous sommes convaincus, l'artère étant remise en situation normale, qu'il n'existait aucun battement; nous l'avons vérifié pendant plus d'une minute et cependant, avant l'opération, les battements étaient visibles (mais non perceptibles cependant) jusque dans le creux-poplité.

On voit, au niveau de l'une des capsules du pseudo-sac, un orifice qui conduit dans la masse de caillots cruoriques. Ces derniers sont sous-cutanés et en rapport avec le point violacé et acuminé des teguments qui menace de se perforer.

Comme on n'est pas sûr de l'asepsie de la poche, on place deux drains, un au niveau des ligatures supérieures, l'autre au niveau des ligatures inférieures. Suture cutanée au crin de Florence. Pansement iodoformé.

Les points sur lesquels je désire appeler l'attention sont les suivants :

1° Tout d'abord ce malade m'avait été présenté par un de mes stagiaires, cependant très zélé, attentif et instruit, comme un abcès lymphangitique, hypothèse qu'autorisaient la couleur, l'aspect de la lésion et l'existence d'ulcérations enflammées au niveau du gros orteil et de la plante du pied.

Un examen un peu plus attentif faisait cependant reconnaître l'erreur et cela facilement — l'erreur était encore commise pendant un certain temps, le soir, par l'interne de service qui, obligé de s'absenter, n'avait pu voir le malade;

2° Le rapide développement en rapport avec l'idée d'une lésion inflammatoire et qui a expliqué l'absence de poche ;

3° L'arrêt des battements et de l'expansion par le simple roulement et par suite l'arrêt pendant quelques instants de la circulation artérielle.

Cette particularité aurait pu justifier la conduite de ceux qui auraient borné leur intervention à la simple ligature de la tibiale postérieure au-dessus de la tumeur. Néanmoins nous avons vu que le bout inférieur donnait du sang, que le bout supérieur en donnait au-dessous de la ligature et si nous avons voulu faire l'hémostase complète nous avons dû, après section de l'artère au-dessous de la ligature supérieure et au-dessus de la ligature inférieure, faire deux autres ligatures, deux supérieures, deux inférieures de chaque côté de la section.

C'est parce que je suis convaincu que l'extirpation d'anévrysme est la méthode de choix, avec quelques réserves déjà indiquées lors de mon travail sur l'extirpation d'un volumineux anévrysme inguinal, que j'ai fait ici l'ouverture de la poche et la quadruple ligature que j'ai indiquée;

4° Un dernier point enfin a trait à la pathogénie de cet anévrysme diffus. Il n'est pas douteux pour moi que cet anévrysme ne soit d'origine inflammatoire et c'est ce qui fait sa rareté et son intérêt.

Quand je dis sa rareté, je m'explique, je crois au contraire que la pathogénie que je vais invoquer est plus fréquente qu'elle ne paraît, seulement elle ne peut pas être décelée aussi facilement qu'elle a pu l'être ici. Et voici comme je l'expliquerais:

Cet homme a eu des ulcérations, ces ulcérations se sont compliquées de l'hymphangite et en particulier de lymphangite profonde.

Cette lymphangite profonde, s'est accompagnée de périlymphangite dans un point situé vers la partie moyenne de la jambe. L'inflammation s'est propagée à l'artère, non seulement à la membrane externe, mais à toute l'épaisseur des parois de l'artère, ce qui en a augmenté la friabilité et facilité la rupture.

La friabilité, nous l'avons constaté à plusieurs reprises dans le cours de l'opération, car la plus petite traction déchirait le vaisseau.

Cette rupture vasculaire complète peut être comparée à la rupture des artères dans les foyers purulents, avec cette différence qu'ici il n'existait pas de pus et que, par conséquent, si le point où a eu lieu la rupture a été infecté, toute trace de microbe paraissait avoir disparue.

Il m'a paru utile de signaler cette pathogénie de l'anévrysme diffus qui ne me paraît pas avoir été signalée, l'anévrysme diffus étant considéré comme traumatique, au moins en tant qu'anévrysme diffus et de le rapprocher de la pathogénie de l'anévrysme dit spontané soutenue pour les anévrysmes inguinaux par Malgaigne,

Guattani et notre collègue Kirmisson qui attribuent à l'adénite un rôle important dans la genèse de ces anévrysmes.

M. GUINARD présente une pièce provenant d'un malade qui avait eu une perforation du duodénum.

Renvoyé à une commission (M. Schwartz, rapporteur).

M. ROCHARD présente les pièces d'une grossesse extra-utérine de 7 mois 1/2 opérée par laparotomie. La malade guérit.

Renvoyé à une commission (M. Schwartz, rapporteur).

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
NÉLATON.

Séance du 5 mai 1897.

Présidence de M. DELENS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications periodiques de la semaine.

2° Une lettre de M. le Dr MOTAIS (d'Angers), qui demande aux membres de la Société de chirurgie de vouloir bien déléguer un des leurs pour assister au Centenaire de la Société de médecine d'Angers.

M. ROUTIER dépose, au nom de M. JULLIEN, médecin militaire, une observation de *paralysie du nerf radial consécutive à une cicatrice vicieuse, guérie par la compression du nerf radial* (M. ROUTIER, rapporteur).

Discussion sur la péritonite purulente.

M. Peyrot. — Je n'ai pas demandé la parole dans cette discussion pour argumenter sur la nature de la péritonite dont M. Richelot s'est occupé ici.

Il semble bien que les suppurations péritonéales les plus diverses soient susceptibles, dans certaines conditions, de guérir à la suite d'une incision. On connaît même des terminaisons favorables par l'ouverture spontanée à l'extérieur. On a cité dans cet ordre d'idées quelque cas de péritonite puerpérale (Legrand Féréol, Baizeau, etc.). La péritonite spontanée des enfants, dont Gauderon a écrit jadis l'histoire sous le nom de *péritonite idiopathique aiguë* et qui, la plupart du temps, est sans doute une péritonite à pneumocoques, a permis d'en enregistrer un plus grand nombre encore. Je ne parle pas des péritonites tuberculeuses, plus rarement purulentes, il est vrai.

Dans tous ces cas et dans d'autres où interviennent des bactéries pyogènes variées, il semble que l'on ait eu affaire à un microbe dont la virulence s'est trouvée atténuée primitivement ou d'une façon secondaire.

Le péritoine, dans les faits de ce genre, présente généralement la disposition si bien connue de l'isolement de l'intestin sous une nappe continue de fausses membranes et de l'enkystement de liquide épanché entre cette nappe néomembraneuse, d'une part, et la paroi abdominale de l'autre. L'établissement de cette nappe protectrice témoigne, selon moi, de ce que l'infection péritonéale ne s'est pas faite dans des conditions de virulence extrême.

Dans les cas de ce genre, les chances de guérison sont donc d'au moins deux ordres : moindre surface ouverte à l'absorption des poisons microbiens, moindre activité des microbes.

Est-ce à dire, comme l'a souvent répété ici notre collègue Reynier, que jamais on ne puisse voir guérir une véritable péritonite généralisée, une de ces péritonites dans lesquelles les anses intestinales restent libres les unes sur les autres, non pas flottantes, car elles sont distendues par les gaz, mais baignées partout dans un liquide puriforme étalé ici en mince couche, un peu plus abondant sur certains points, très abondant dans les fosses lombaires et le petit bassin ? Je ne le pense pas.

Voici deux faits dans lesquels on ne me contestera pas, que j'aie eu affaire à cette forme de péritonite.

Obs. I. — *Appendicite perforante ; péritonite suppurée généralisée ; laparotomie ; guérison.*

S..., 19 ans, grand, vigoureux, est pris le mercredi 20 novembre 1895,

au collège, de douleurs dans le ventre, suivies de vomissements alimentaires qui font croire à une indigestion. Mis au repos; purgatif le lendemain jeudi. Les accidents se calment; mais le samedi soir 23, il est pris à 7 h. 30 m., d'une douleur brusque autrement violente dans la fosse iliaque droite. Piqûre de morphine, qui calme les douleurs; celles-ci reparaissent le dimanche matin. Ventre ballonné; vomissements bilieux presque continuels; T. 38°,5, P. 130. Le lundi 25 les douleurs augmentent, se généralisent à tout le ventre; vomissements verdâtres incessants, T. 38°,5, P. 140. Nuit mauvaise; ni selle ni gaz depuis samedi.

Je vois le malade pour la première fois, le mardi 26 novembre à 11 heures, avec le médecin traitant, le Dr Labruhe. Je diagnostique une péritonite généralisée par perforation de l'appendice et je me décide à intervenir immédiatement.

Incision classique de la ligature de l'iliaque, au niveau de la fosse iliaque droite, longue de 12 centimètres. Le péritoine est rempli de pus séreux, odorant. L'appendice se présente immédiatement, perforé à sa partie moyenne, presque sans aucune adhérence; ligature et résection. Rapidement, je fais une deuxième incision symétrique dans la fosse iliaque gauche. Un grand lavage à l'eau bouillie chaude est pratiqué. La main introduite dans l'abdomen brasse la masse intestinale, plonge directement dans le petit bassin, s'élève sous l'intestin, le long de la paroi abdominale postérieure revient en avant sous la paroi antérieure, enfin fait pénétrer partout le liquide injecté. L'abdomen est ensuite drainé de la façon suivante: deux gros tubes à drainage de la dimension de l'index, longs de 18 à 20 centimètres, entourés de gaze iodoformée sont introduits dans chaque incision, l'un par en bas jusqu'au fond du petit bassin, l'autre par en haut dans la fosse lombaire et jusque dans le voisinage de la voûte du diaphragme; en outre, une grosse mèche de gaze est placée entre les deux drains de droite, juste sur la région de l'appendice.

Je ne pratique aucune suture des incisions pariétales qui restent largement ouvertes. Pansement sec à la gaze iodoformée.

Certes, jamais malade ne m'a inspiré autant de craintes que celui-ci. Le jour de l'opération et les deux jours qui suivirent furent épouvantables. La température était peu élevée, 37°,5 sous l'aisselle, mais le pouls variait entre 140 et 150. Le malade délirait; il était en proie à une dyspnée intense; il avait des vomissements continuels d'un brun noirâtre. Nous ne lui laissions prendre que de la glace, par fragments qu'il réclamait sans cesse. Injections hypodermiques de caféine, un à deux litres de sérum d'Hayem par jour, lavements matin et soir avec un demi-litre d'eau bouillie. Grâce à ces moyens, les urines sont restées abondantes et limpides.

Le second jour, nous avons enlevé les quatre drains; mais nous les avons replacés après les avoir dépouillé de leur chemise de gaze. A ce pansement nous avons trouvé, faisant hernie à travers les incisions tout le cœcum à droite, et deux anses intestinales à gauche. Je n'ai pas essayé de les réduire; je me suis borné à les recouvrir de gaze iodoformée.

Les deux jours suivants furent encore bien mauvais ; mais, dès le cinquième, une amélioration marquée se faisait sentir.

Le pouls était à 120. Le malade ne vomissait plus que rarement ; les urines étaient claires et abondantes ; toute alimentation restait pourtant impossible et la dyspnée persistait encore à un degré marqué.

Les tubes qui avaient fourni un liquide abondant les premiers jours ne donnaient plus qu'un écoulement noirâtre en très faible quantité.

L'opéré n'a pu supporter un peu de glace au café qu'au bout d'une semaine.

A partir de ce moment, l'amélioration de sa santé s'est prononcée d'une façon régulière ; mais il n'a pu se lever que vers le 60e jour. Il était arrivé à un état de maigreur extrême.

Les tubes ont été retirés à gauche vers le 12e jour, à droite quelques jours plus tard : un petit drain au niveau de l'appendice a été gardé pendant un mois.

La hernie de l'intestin plus grosse que le poing de chaque côté, a été laissée en place pendant une dizaine de jours. On a commencé à la réduire à ce moment par une compression à l'aide de ouate et d'éponges.

Vers la troisième semaine, les plaies bourgeonnant largement, j'en rapproche les bords par des crins de Florence, réunion immédiate secondaire complète.

Aujourd'hui M. S..., est élève de l'École centrale, sa santé est parfaite. Jusqu'ici il ne présente pas de tendance à l'éventration.

Obs. II. — D..., 33 ans, Américain du Nord, grand, sec et robuste, a été pris, le jeudi soir 9 janvier 1896, après dîner, d'une douleur subite et intense dans l'abdomen, vomissements abondants.

Le médecin de la famille croit à une colique hépatique et s'obstine pendant cinq jours dans son diagnostic ; mais les injections de morphine ne calment qu'un moment le malade, bientôt repris de douleurs atroces et de vomissements continuels verdâtres, porracés.

M. le Dr Giraudeau le voit pour la première fois, dans l'après-midi du 14 janvier, soupçonne une péritonite généralisée par perforation de l'appendice et m'appelle auprès de lui, le soir même, à 8 heures.

Je confirme son diagnostic et nous opérons le malade le lendemain matin.

Même opération que chez le malade précédent. Incision d'abord à droite dans la région de l'appendice. Tissu sous-péritonéal œdémateux ; à l'ouverture du péritoine, issue d'une quantité notable de pus séreux, odorant. Je ne cherche pas à détacher l'appendice qui paraît adhérent au cœcum et à l'intestin grêle. Incision symétrique au niveau de la fosse iliaque gauche.

Le péritoine ouvert, les anses intestinales apparaissent, distendues modérément, légèrement rouges, nullement revêtues de fausses membranes. En les écartant légèrement avec le doigt, je donne issue à un gros épanchement péritonéal séreux, d'un gris verdâtre qui repoussait les anses en avant. L'épanchement me paraissant moins infectieux que chez le malade précédent, je ne pratique pas de lavage, mais j'installe

le même drainage à quatre tubes, deux dans les fosses lombaires, deux dans le petit bassin, avec tampon de gaze iodoformée, dans la région iléocœcale.

Les vomissements et les grandes douleurs disparaissent immédiatement ; écoulement abondant de sérosité purulente durant la nuit suivante. Suppression des drains : le quatrième jour à gauche, le huitième jour à droite. Je ne laisse subsister qu'un gros drain au niveau de l'appendice. Vers le dixième jour, issue par ce drain de matières fécales pendant trois ou quatre jours. Tout drainage est supprimé le 23 février. Je n'ai pas observé ici l'issue de l'intestin à travers les incisions. La cicatrisation, rapide à gauche, a un peu traîné à droite. Elle n'a été complète qu'au commencement de mars. Une petite collection développée un peu plus tard au niveau du trajet du dernier drain a guéri dans l'espace d'une huitaine de jour.

Voici, je pense, des observations dans lesquelles il est difficile de contester l'existence d'une péritonite généralisée. A la vérité, ces faits sont plutôt exceptionnels, et à côté de ces deux succès je pourrais assurément énumérer, s'il s'agissait de dresser une statistique, de nombreux revers. Ceux-ci, je le crois fermement, deviendraient moins communs si la péritonite était diagnostiquée et résolument attaquée plus tôt. La plupart du temps nous ne voyons les malades que plusieurs jours après l'accident initial.

J'insiste sur le mode d'incision que j'ai l'habitude d'employer. La double incision latérale me paraît préférable de beaucoup à l'incision médiane.

Par l'incision de droite, on aborde tout d'abord la région de l'appendice et on ne pratique l'incision de gauche qu'après avoir vérifié le diagnostic de péritonite généralisée. Par la double incision, le lavage — si l'on croit utile de le pratiquer — et le quadruple drainage dont j'ai parlé s'exécutent avec la plus grande facilité.

Je me permets également d'appeler l'attention sur la hernie de l'intestin que j'ai observée dans ma première observation. J'ai respecté cette hernie, dans la pensée que l'évacuation du contenu septique de l'abdomen se ferait plus facilement dans ces conditions d'éxopexie temporaire de l'intestin.

Je me suis efforcé chez mon premier malade de maintenir autant que possible la fonction urinaire. Les injections copieuses de sérum, les lavements ont entretenu une diurèse grâce à laquelle les poisons microbiens ont fini par s'éliminer. Il est bien certain que ce malade a dû son salut à son jeune âge, à la vigueur de sa constitution et surtout à l'intégrité de son appareil rénal.

M. Lucas-Championnière. — J'ai eu occasion d'observer un fait identique à celui de M. Malapert.

Il s'agissait d'une enfant de 9 ans, qui avait reçu un coup de pied d'une de ses camarades, dans l'abdomen. Immédiatement, elle ressentit une douleur très vive et on fut obligé de la ramener de suite chez des parents.

Au début, elle ne présenta pas une réaction très intense. Elle eut quelques vomissements, la température monta un peu; mais le ventre se ballonna rapidement et l'enfant, les jours suivants, parut se cachectiser. C'est alors que je la vis, quelques jours après l'accident. Je lui fis d'abord une ponction exploratrice, qui ramena du pus. Immédiatement je fis suivre cette ponction d'une ouverture large sur la ligne médiane, au niveau de l'ombilic. Cette ouverture donna issue à du pus dans lequel baignaient les anses intestinales absolument libres d'adhérences. Il n'y en avait toutefois pas dans la cavité pelvienne. Après avoir donné issue à ce pus, je complétai mon opération par un lavage au chlorure de zinc et je refermai en drainant au moyen d'un gros drain la cavité péritonéale. Je donne en effet la préférence au drain, qui draine mieux que la gaze. Par ce drain j'ai fait des injections journalières, mais je n'attache pas grande importance à ces lavages dont on peut se passer sans grand inconvénient. Ma malade guérit.

Quelle était maintenant la nature de cette péritonite ?

Je pense qu'il y a eu plaie contuse de la paroi abdominale et que le péritoine s'est infecté consécutivement. Je ne crois toujours pas qu'on puisse penser ici à la tuberculose, bien que je n'ai pas fait d'examen bactériologique, la malade ne présentait aucun antécédent héréditaire ni personnel de tuberculose. Elle est aujourd'hui âgée de 16 ans et se porte à merveille.

Avions-nous affaire à une péritonite généralisée ? Je ne comprends pas bien cette distinction qu'on veut faire entre la péritonite généralisée et celle qui ne l'est pas. Il me semble, en effet, difficile de faire ce diagnostic. Comment peut-on dire où commence l'une et où finit l'autre ? La première est-elle celle qui ne guérit pas; la seconde, au contraire, celle qui guérit ?

En opérant, cette détermination est également impossible, l'œil ni le doigt ne peuvent aller partout. Si c'est sur l'étendue de la péritonite que l'on base la distinction, il me semble difficile de se rendre compte de cette étendue.

Quoi qu'il en soit, il est certain qu'il y a des gens qui font du pus, et qui en feront d'une façon différente des autres, avec des réactions fort dissemblables. Ne sait-on pas, sans qu'on puisse l'expliquer que tel sujet fait peu de pus, et cependant en meurt, et que tel autre en est inondé et pourtant peut guérir.

On me dit que le pus tuberculeux est moins grave. Comme on le voit, il y en a d'autres qu'on peut opérer avec succès. Malheureusement, dans mon cas, si je peux nier la tuberculose, je ne peux dire exactement quel était le microbe en jeu, puisque je n'ai pas fait l'examen bactériologique.

Quoi qu'il en soit, il faut, dans tous ces cas, évacuer largement ce pus et, en drainant bien, on a grande chance d'obtenir la guérison de ces malades.

M. Paul Reynier. — Je suis heureux de la discussion qui vient de s'élever à propos du rapport de M. Richelot sur l'observation de M. Malapert. Elle me permet de pouvoir nettement exposer mes idées à propos de la chirurgie péritonéale, idées qui me paraissent avoir été mal comprises par mes collègues.

Je n'ai jamais nié et ne nierai jamais la possibilité de la guérison de la péritonite généralisée spontanément, ou même à la suite d'une intervention.

On ne doit jamais rien nier en chirurgie, tout peut arriver.

Mais nous pouvons émettre des doutes sur la facilité et le nombre de pareilles guérisons. Notre scepticisme, en effet, est justifié par la difficulté qu'on éprouve, je dirais le plus souvent par l'impossibilité d'affirmer un diagnostic de péritonite généralisée. L'autopsie seule enlève tous les doutes; mais les guérisons les laissent subsister.

Comme vous l'a dit M. Quénu, il n'existe pas de symptômes qui puissent permettre au début l'affirmation de pareil diagnostic. C'est la marche plutôt de l'affection qui nous le fait faire.

Les symptômes cliniques, petitesse du pouls, facies excavé, ballonnement généralisé, vomissements incessants bilieux, voir même fécaloïdes, douleur généralisée, sont des symptômes de grande probabilité, mais non pas des symptômes de certitude.

Je pourrais vous citer des exemples de malades chez lesquels, frappé de tous ces symptômes, j'ai cru devoir penser à la péritonite généralisée; j'étais tellement convaincu que je me refusai à intervenir. Considérant qu'il n'y avait plus d'espoir, je me contentai de mettre de la glace sur le ventre, de relever le pouls avec la caféine et, à ma grande joie, je voyais dans trois cas le ballonnement diminuer, le ventre devenir souple sur un côté et la localisation se faire.

Dans un cas, il s'agissait d'un homme dont j'ai déjà rapporté ici l'histoire.

Il avait été pris subitement de douleurs qui ne laissaient aucun doute sur une perforation. Quand je le vis, avec le Dr Deroche, le pouls était filiforme, les vomissements étaient noirâtres, fécaloïdes, il y avait de l'hypothermie. Il ne me parut pas en état de supporter une opération et je conseillai la glace et les injections de caféine. A ma grande surprise, sous l'influence de ce traitement, les vomissements, au bout de quarante huit heures, s'arrêtaient, les douleurs qui étaient ressenties à droite et à gauche se localisaient et je pouvais, vers le 8e jour, ouvrir immédia-

tement contre le bord externe du muscle droit, par conséquent presque au milieu du ventre, une collection limitée, contenant des matières fécales, indices bien certains de la perforation. Mon malade guérit.

Dans un autre cas, il s'agissait d'une jeune fille que j'ai encore dans mon service.

Elle m'est amenée avec tous les symptômes qui constituent le tableau généralement admis de la péritonite généralisée, facies tiré, péritonéal, ballonnement du ventre, vomissements incessants, bilieux, présentant une teinte noirâtre, hoquet persistant, absence de gaz par l'anus, douleur accusée par la palpation sur plusieurs points, plus prononcée toutefois dans la fosse iliaque droite et sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic et dans la région du petit bassin. Le toucher vaginal ne donnait aucun renseignement. La malade était alitée depuis huit jours et son état avait toujours été en s'aggravant. Le diagnostic était très difficile entre une appendicite et une lésion périutérine. Le chirurgien de garde appelé le soir, quelques instants après l'entrée de la malade, devant cette difficulté du diagnostic et cet état général mauvais, avait cru devoir s'abstenir. Moi-même, le lendemain matin, je me contentai de mettre de la glace sur le ventre, de faire une injection de caféine et une injection de sérum.

Le surlendemain, je trouvais la malade le pouls un peu remonté mais toujours le ventre très ballonné, la température était à 38°,6, le hoquet persistait.

C'est alors que je me décidai à intervenir. Après avoir endormi la malade, je commençai par une incision vaginale du cul-de-sac postérieur qui donna issue à une grande quantité de pus fétide ; en explorant avec le doigt, je vis que je me dirigeais du côté de la fosse iliaque. Pensant alors à l'appen dice, étant donné l'absence de passé génital que nous donnait l'interrogatoire de la malade, je pratique une incision dans la fosse iliaque qui donne issue également à du pus ; je trouve à ce ni' veau une masse épiploïque enflammée sphacélée que je résèque en partie, et je crois alors sentir l'appendice que j'attire dans la plaie. Mais cet appendice n'était que la trompe très distendue. Je pratique alors la laparotomie médiane qui me permet d'amener deux trompes énormes remplies de pus, dont une s'était ouverte et avait occasionné les accidents en présence desquels je me trouvais. Toutefois, pendant ces recherches, le pouls était devenu presque imperceptible, je dus faire une injection de sérum et de caféine qui me permit de terminer l'opération par un grand lavage à l'eau bouillie. Je refermai alors le entre en faisant passer deux drains, l'un par la fosse iliaque, l'autre par la ligne médiane sortant par l'incision vaginale. Immédiatement la malade remise dans le lit, le pouls se sentant à peine, les extrémités étant froides, cyanosées, je fis faire par mon interne, M. Estrabaut, une injection intra-veineuse de 900 grammes. Le pouls se relèva. Le soir on fit une nouvelle injection sous-cutanée de 1200 grammes qu'on renouvella dans la nuit.

Le lendemain matin, le pouls de la malade était relevé mais battait

encore rapidement ; la langue était sèche. La température, au-dessous de 36° la veille, était remontée à 37°. Pendant trois jours on fit des injections de sérum sous-cutanées ; sous l'influence de ces injections, l'état général devenait meilleur et la malade a fini par guérir.

Voici donc une malade qui a présenté tous les symptômes de la péritonite généralisée et qui cependant a fait une localisation bien nette dans les deux fosses iliaques et le petit bassin.

Je vous citerai encore l'exemple d'une femme qui m'est amenée comme la précédente, avec tous les symptômes, d'une péritonite généralisée, ballonnement du ventre, vomissements, petitesse du pouls, symptômes d'occlusion, douleur abdominale très intense, la malade ne pouvant supporter le contact des draps.

Sous l'influence de la glace, peu à peu, je voyais le ventre redevenir souple dans sa partie supérieure, la malade rendait des gaz ; le pouls, grâce aux injections de strophantus que je préfère, je dirai pourquoi tout à l'heure, à la caféine, et quatre jours après son entrée, intervenant, je donnais issue par l'incision du cul-de-sac postérieur à une grande quantité de pus, dont il était, à son entrée, impossible de diagnostiquer la localisation. Par le toucher vaginal, ni par le toucher rectal, on n'avait perçu ni tuméfaction du cul-de-sac postérieur, ni le refoulement de la paroi antérieure du rectum.

Je pourrais vous citer ainsi un grand nombre de faits dans lesquels les symptômes cliniques, au début, faisaient pencher pour le diagnostic de la généralisation, diagnostic qui ne s'est pas vérifié par la suite.

Vous pouvez donc voir par ces exemples, qui sont connus de nous tous, combien ce diagnostic de péritonite généralisée est difficile à affirmer rien que par les symptômes.

L'intervention nous permet-elle plus de le faire. Je ne le crois pas.

Certes, quand, après avoir ouvert la cavité péritonéale, on tombe sur de la sérosité louche, dans laquelle baignent les anses intestinales, rouges, enflammées, peu adhérentes entre elles, ayant quelques exsudats, on a de très grandes probabilités qu'on est en présence d'une péritonite généralisée, ou mieux, qui va se généraliser ; ce qui n'est pas la même chose, car elle peut ne pas se généraliser.

Mais, comme vous l'a dit M. Lucas-Championnière, par une incision il est très difficile de se rendre compte de l'étendue des lésions. Bien que vous trouviez à un certain endroit de la sérosité qui ne paraît pas enkystée, rien ne vous dit qu'à quelques centimètres du point où votre doigt peut aller, où votre œil peut voir,

vous n'ayez pas des adhérences qui séparent une portion de la cavité péritonéale et la protège contre la généralisation.

M. Routier nous a dit que dans un cas il avait fait le diagnostic de péritonite généralisée, parce qu'il avait pu aller avec la main jusqu'au foie et brasser les intestins. Mais dans ce cas il s'agissait d'une appendicite pour laquelle il avait fait une incision de la fosse iliaque, incision dont nous avons vu les dimensions, puisqu'il nous a montré le malade. Comment, par une incision pareille a-t-il pu mettre la main partout et se rendre compte que le péritoine était atteint dans toute son étendue? M. Peyrot a-t-il pu le savoir davantage dans l'observation à peu près analogue qu'il nous cite. Admettons qu'il ait eu raison de dire péritonite généralisée dans son premier cas, mais quant au second, à coup sûr, non.

J'ajoute enfin que rien ne vous dit que cette sérosité, ce pus que vous trouvez libre, n'aurait pas pu s'enkyster ultérieurement et, qu'intervenant quelques jours plus tard, vous n'auriez pas trouvé cet enkystement. Qu'est-ce qui me permet de parler ainsi, c'est l'analyse même des interventions pour appendicites.

Les interventionnistes de la première heure trouvent rarement des adhérences, des foyers enkystés ; l'appendice est libre, les anses intestinales sont, au voisinage, rouges, baignant dans de la sérosité plus ou moins louche, mais il ne paraît pas y avoir d'enkystement.

Est-on en droit pour cela de dire que toutes les péritonites se seraient généralisées. Non, car en intervenant un peu plus tard, on voit beaucoup de ces péritonites se localiser, et si le fait seul de ne pas trouver de la sérosité enkystée, suffisait pour porter le diagnostic, on verrait que les interventionnistes de la première heure auraient eu à traiter beaucoup plus de péritonites généralisées que n'en observent ceux qui se pressent moins pour intervenir.

Ne croyez-vous pas que, dans les trois cas que je vous citais plus haut, si j'étais intervenu plus rapidement, j'aurais trouvé cette sérosité non enkystée? Ces cas, que je considère comme de la péritonite localisée, auraient donc, si j'étais intervenu plus rapidemont, grossi la statistique des péritonites généralisées.

Si je discute ces faits avec tant d'insistance, ce n'est pas, croyez-le bien, pour diminuer la gloire de mes collègues, qui sont heureux d'avoir guéri des péritonites généralisées. Nul plus que moi ne voudrait pouvoir applaudir à ces succès de la chirurgie. Mais, en analysant et en critiquant ainsi les observations, je cherche à savoir quelle est la meilleure conduite à tenir devant les inflammations péritonéales, et particulièrement quel est le moment le plus opportun pour intervenir.

A ce point de vue, je serais heureux de voir mes collègues,

comme je le demandais l'autre jour à M. G. Marchand, nous apporter non plus des faits isolés, mais des statistiques complètes, où seraient consignés succès et surtout insuccès. Ceux-ci sont, en effet, toujours bien plus instructifs que les premiers, dont on ne peut, le plus souvent, se rendre compte. Cette statistique aurait le grand avantage de nous montrer peut-être le pourquoi des guérisons et le pourquoi des morts, pourquoi certains péritoines sont complaisants, pourquoi d'autres ne le sont pas.

C'est ainsi que M. Peyrot et M. Gérard Marchand paraissent avoir eu affaire à des péritoines fort tolérants ; la malaxation qu'ils ont fait subir à l'intestin sans inconvénient le prouve.

N'avons-nous pas tous, en effet, des observations qui montrent le danger de trop malaxer un intestin enflammé ? Que de malades meurent après pareil traitement de shock, une heure ou deux après l'opération. Le pouls, déjà dépressible par le fait de la péritonite, devient pendant ces manœuvres souvent imperceptible, et on a ainsi manifestement la notion que la situation s'est aggravée pendant et par l'opération.

D'ailleurs, ce que la clinique nous apprend, depuis longtemps la physiologie nous l'a appris.

Ne se rappelle-t-on pas ces expériences de Goltz, de Claude Bernard, de Brown-Sequard, de Bernstein, qui arrêtent le cœur par un choc brusque sur l'intestin, par une irritation des nerfs mésentériques !

Nous-mêmes, répétant les expériences de Tarchanoff, de François Franck sur le péritoine sain, nous avons montré, avec M. Charles Richet, en 1880, que les réflexes cardiaques étaient exagérés quand le péritoine et les intestins étaient préalablement enflammés.

Ces réflexes cardiaques sont, en cas de péritonite, importants à mettre en lumière, car ils nous donnent l'explication de ces morts rapides lorsque le péritoine est touché, en même temps qu'ils peuvent nous guider dans nos interventions.

Le cœur, en cas de péritonite, doit toujours, en effet, être notre objectif.

Il y a longtemps que je formule à mes élèves cette loi : on meurt dans la péritonite par le cœur et par l'infection.

Mais tandis que la mort par le cœur est une mort rapide, arrivant dans les trois, quatre premiers jours, la mort par infection se fait plus attendre et arrive vers le huitième, dixième jour.

Certains sujets, les nerveux, les enfants, seront plus prédisposés que d'autres à voir le cœur faiblir rapidement par le fait des réflexes, qui partent de la séreuse péritonéale.

Je peux donc déjà répondre à M. Lucas Championnère et à

M. Gérard Marchand qui se demandaient pourquoi certains malades sont plus résistants que d'autres; je leur réponds : les uns avaient un cœur résistant, les autres ne l'avaient pas. Tandis que les seconds meurent avant la localisation, les premiers résistent mieux à l'infection, et leur péritoine a le temps de se prémunir et de localiser la suppuration dont il est atteint. La thérapeutique vient à l'appui de cette première notion. Quand nous donnons de la caféine, et mieux du strophandus, qui soutient le cœur, sans agiter le malade, quand nous faisons des injections sous-cutanées, ou intraveineuses de sérum, nous relevons les forces du cœur, nous soutenons le malade et nous retardons le dénouement fatal ; gagnant du temps, nous permettons au péritoine d'organiser sa défense, et nous favorisons la localisation.

Il ne faut pas en effet, méconnaître que pour toute inflammation, qui part des régions périphériques, petit bassin, fosse iliaque, région épigastrique, la tendance à la localisation est la règle, tandis que la généralisation est l'exception.

Il suffit de voir ce qui se passe dans l'appendicite, dans les lésions périutérines pour que ce fait ne puisse être discuté.

En soutenant le cœur, les exceptions deviendront encore moins nombreuses.

Il y a une troisième notion sur laquelle j'insiste, c'est la notion bactériologique. Comme M. Gérard Marchand, je crois que cette notion a une importance considérable. Je crois qu'il y a de très grandes différences dans la marche et la gravité des inflammations péritonéales suivant le microbe qui est en jeu. Nos observations devraient, dorénavant, être complétées de ce côté. Et je profite de l'occasion pour dire combien il est regrettable que nous soyons si mal servis, dans les hôpitaux, pour faire ces études bactériologiques, les laboratoires annexés à nos services de chirurgie manquant presque partout.

De l'importance de ces notions bactériologiques, je peux donner l'exemple suivant :

Une femme, à la suite d'un accouchement, est prise de grands frissons, de vomissements, de douleur de ventre, de ballonnement généralisé. Le diagnostic de péritonite généralisée pouvait donc être porté. Je crus devoir intervenir immédiatement. L'incision médiane me fait trouver les intestins rouges enflammés, sans adhérences, un peu de sérosité dans le ventre, les trompes très rouges étaient perméables. En pressant dessus, on arrive à exprimer une gouttelette de sérosité purulente ; on les enlève. Le ventre est refermé après drainage large vagino-abdominal. La malade meurt le lendemain de l'opération. Mon interne, M. Marie, préparateur du laboratoire Pasteur, avait recueilli de la sérosité péritonéale, du pus de ces trompes ; en même temps, il fait une

préparation des trompes. Or, préparation, examen bactériologique, ensemencement montrent une culture pure de streptocoques.

Il s'agissait donc là d'un véritable érysipèle du péritoine. C'était bien dans le cas actuel de la péritonite généralisée. Mais mon intervention n'avait pas été meilleure que ne l'eût été une incision faite sur une plaque d'érysipèle cutané.

Pour mon compte personnel, je crois que le plus souvent dans ces péritonites graves, qui diffusent, contre lesquelles notre intervention est impuissante, le streptocoque est le plus souvent en jeu. M. Monod, qui a insisté sur la diffusion facile de ces infections streptococciennes, sera probablement de mon avis. Mais encore une fois, pour affirmer ces faits, il nous faut des examens bactériologiques nombreux, examens qui ont manqué dans la plupart des observations qu'on nous a apportées.

Ces recherches de clinique et de bactériologie, soyez-en persuadés, serviront plus que des succès isolés, souvent inexplicables, pour fixer notre ligne de conduite en présence de l'inflammation péritonéale.

Si nous admettons, en effet, que cette inflammation partant des régions périphériques a plus de tendance à se localiser qu'à se généraliser; que cette localisation se produira d'autant plus que le cœur est résistant, que d'autre part, les interventions sont moins dangereuses la localisation faite, on arrive à être interventionnistes moins hâtifs, et à préparer son intervention, en facilitant par le repos, les toniques du cœur, cette localisation.

Dans les cas de M. Peyrot, n'a-t-il pas opéré ainsi quatre ou cinq jours après le début des accidents, alors que ce travail de localisation commençait à se produire.

Pour me résumer, je crois que quand on parle de péritonite généralisée, on a plutôt affaire à une péritonite ayant tendance à se généraliser, mais qui ne l'est nullement. Nous ne devons employer ce mot qu'avec une extrême circonspection.

Communication.

Luxation incomplète sous-scaphoïdienne en dedans.

Par M. QUÉNU.

La communication de M. Berger sur un cas de luxation du scaphoïde me donne l'occasion de rapporter ici l'histoire d'un malade que j'ai observé en 1887 à l'hôpital Beaujon et qui était atteint

d'une luxation du scaphoïde sur le premier cunéiforme, tout en gardant ses rapports avec la tête de l'astragale.

Lorsque le malade, âgé de 45 ans, nous fut adressé, l'accident datait déjà de cinq à six semaines et le déplacement était resté le même, aucune tentative de réduction n'ayant été faite. Voici comment cette luxation s'était produite, les renseignements nous sont donnés de la façon la plus explicite par le blessé.

Cet homme, emballeur de son métier, se trouvait près d'un palan qui soulevait une lourde caisse : le palan cassa, la caisse fut projetée contre lui et le fit tomber sur son séant.

D. se rendit très bien compte que, sous le poids de la caisse, la jambe droite vint appuyer sur la jambe gauche, le pied gauche restant sur le sol dans sa position normale, tandis que le genou gauche était violemment écarté en dehors. Le malade ressentit un craquement et ne put se relever.

Pendant trois semaines, D... resta chez lui avec le pied bandé ; dans les premiers jours, le médecin s'était contenté de lui faire des applications de glace et des compresses d'eau blanche, puis on lui appliqua un plâtre, toujours sans aucune tentative de réduction. Enfin, cinq semaines après l'accident, le 11 octobre 1887, D... entra à l'hôpital Beaujon, deuxième Pavillon, lit 26.

Le pied gauche est gonflé, déformé et plat ; l'axe de la jambe prolongé tombe un peu en dedans du gros orteil, la mortaise tibio-péronière est intacte, ses mouvements sont entiers. Les mouvements de l'articulation médio-tarsienne paraissent conservés mais sont un peu douloureux.

Sur le bord interne du pied, un peu en arrière de son milieu, on observe une saillie considérable qui répond exactement à la plaie du scaphoïde.

La marche s'accomplit mal, le malade boite fortement, n'appuie qu'avec peine son pied par terre ; nous portons le diagnostic de luxation du scaphoïde et nous nous proposons de faire l'extirpation de l'os luxé.

Les os mis à découvert, nous constatons que le scaphoïde déborde juste de la facette articulaire qui correspond au grand cunéiforme, en même temps, l'astragale a exécuté un certain mouvement de rotation autour de son axe vertical. Le scaphoïde est dégagé de ses insertions ligamenteuses et enlevé. Il nous est impossible de réduire complètement le déplacement que paraît avoir subi l'astragale sur le calcanéum.

Réunion et drainage. D. se lève dix jours après l'opération, malgré nos recommandations et rompt sa cicatrice.

A la fin de novembre, la marche est possible, toutefois la pression de l'extrémité antérieure des métatarsiens sur le sol est douloureuse. Le 3 décembre, la marche s'accomplit sans boiterie pourvu que le pied soit maintenu par une bande de flanelle.

Quelques jours après, le malade sort dans un état très satisfaisant.

Comment devons-nous caractériser le déplacement que nous venons de décrire ?

La forte déviation du pied en dehors et les constatations qu'il nous a été permis de faire au cours de l'opération, nous ont prouvé qu'il s'était produit chez notre malade une véritable luxation sous-astragalienne en dedans, c'est-à-dire un déplacement relatif de l'astragale sur le calcanéum ; seulement, au lieu d'abandonner le scaphoïde, la tête astragalienne l'a entraîné avec elle et l'a fait saillir en dedans de toute la largeur de la face d'insertion du cunéiforme.

On pourrait donc, avec assez de raison, donner à ce déplacement le nom de luxation sous-astragalo-pré-scaphoïdienne, étant entendu que nous adoptons la nomenclature de Malgaigne et qu'il est convenu que ce sont les os de la jambe qui subissent le traumatisme et entraînent le déplacement des os du pied.

On sait que les luxations du scaphoïde se divisent en luxations totales ou énucléations dans lesquelles cet os a abandonné ses rapports aussi bien avec l'astragale qu'avec les cunéiformes et en luxations anté ou sous-scaphoïdiennes dans lesquelles l'os a gardé ses connexions normales avec l'astragale. Celles-ci se subdivisent en luxations en haut (faits du Dr Garlaud et de B. Anger), en bas (cas de Chassaignac), en dehors (cas de Burnett), et en dedans (cas de Rizzoli), notre cas personnel rentre et demeure dans les luxations sous-scaphoïdiennes en dedans mais incomplètes, puisque la face antérieure du scaphoïde n'avait pas quitté complètement la surface articulaire des cunéiformes.

La conservation des connexions astragalo-scaphoïdiennes, d'une part, et, d'autre part, le déplacement de l'astragale sur le calcanéum semblent bien nous indiquer que toutes ces luxations sous-scaphoïdiennes sont des luxations sous-astragaliennes particulières et qu'elles se produisent par un mécanisme analogue.

Si on consulte les quelques observations qui se trouvent consignées dans les *Traités classiques* de Malgaigne, Hamilton et Stimson, on voit que presque toujours ces déplacements se produisent à la suite de chutes sur les pieds de lieux élevés, ou bien à la suite de mouvements anormaux de la jambe, le pied étant fixé sur le sol ou dans un étrier.

Dans une chute d'un lieu élevé sur l'avant-pied, l'avant-pied peut arriver normalement et s'appliquer sur le sol, puis secondairement, le corps s'inclinant de côté, communiquer aux os de la jambe un mouvement latéral qui porte le genou en dehors ou en dedans.

Nous n'envisagerons que le cas où le genou se porte en *dehors* et où, par conséquent, l'extrémité inférieure des os de la jambe se porte en sens inverse, c'est-à-dire en dedans.

Dans ces conditions, si les os du pied étaient libres de suivre

l'inclinaison latérale de la jambe, la plante se mettrait en adduction et nous aurions le mouvement forcé qui aboutit à l'entorse ou à la fracture par arrachement de la malléole externe. Mais si nous supposons que la pesanteur a fortement fixé sur le sol l'avant-pied et que les mouvements de latéralité combinés à la torsion de la jambe ne produisent leur effet qu'après cette fixation, tout l'effort va être reporté en avant de l'articulation tibio-tarsienne et s'exercer sur les différentes articulations qui relient successivement les os du tarse aux métatarsiens. Cette fixation préalable de l'avant-pied n'est pas une pure hypothèse, elle est notée dans quelques observations; elle est des plus nettes dans notre fait personnel. C'est bien, du reste, à cause de ce rôle sinon passif, du moins d'immobilité, que Malgaigne a, pour les luxations sous-astragaliennes, fait exception à la nomenclature ordinaire des luxations, nomenclature qui considère comme os luxé l'os le plus périphérique.

Nous avons, partant des notions précédentes, tenté de reproduire sur le cadavre des luxations en dedans soit du scaphoïde, soit des autres os du tarse; voici les résultats auxquels nous sommes arrivés. Ces expériences ont été faites avec l'aide de MM. Longuet, Manson et Cange, sur une série de membres séparés du tronc à mi-cuisse; le pied, enveloppé d'une compresse, était fixé dans un étau, pendant que l'effort s'exerçait de dedans en dehors et par torsion sur la face interne du genou; aucune section ligamenteuse ou tendineuse n'étaient préalablement pratiquées.

Il ressort de nos expériences qu'il y a lieu tout d'abord d'établir une première division, suivant que l'on fixe l'arrière-pied ou l'avant-pied.

Si, en effet, on fixe l'arrière-pied, c'est-à-dire le calcanéum, ou si, ce qui revient au même, on fixe l'ensemble du pied (ce qui se réalise pratiquement dans les chutes sur toute la plante ou sur le talon), la lésion a presque invariablement pour siège, lorsque le calcanéum existe, l'articulation tibio-tarsienne ou sa mortaise. Deux fois, par un mouvement d'abduction du genou, nous avons obtenu une fracture de la malléole interne à sa base, simple ou comminutive, sans fracture du péroné.

Il en est autrement quand c'est l'avant-pied qui devient la résistance. L'avant-pied étant fixé au niveau du métatarse, comme je l'ai indiqué plus haut, nous avons obtenu, par abduction du genou, rotation en dehors de la jambe et flexion très accentuée, forcée même :

1° Un déplacement des deux premiers cunéiformes en dedans (le 3e restant adhérent au cuboïde);

2° Une luxation en dedans du 1er cunéiforme.

A ces déplacements conviendraient, avec la nomenclature de

Malgaigne, les termes de luxations sous-cunéennes, complètes ou incomplètes.

Avec les mêmes mouvements anormaux, mais flexion non plus extrême, mais modérée, ne dépassant pas l'angle droit, nous avons obtenu une fracture du scaphoïde ou une luxation sous-astragalienne.

Il résulte donc jusqu'ici de notre expérimentation, que nous avons l'intention de compléter et de contrôler à nouveau, que la fixation du calcanéum ou de l'avant-pied commandent le siège tibio-tarsien ou tarsien des lésions, et que les déplacements ou les arrachements ostéo-ligamenteux sont d'autant plus antérieurs que le mouvement de flexion du pied sur la jambe est plus prononcé.

Nous n'allons pas plus loin et nous supposons que, sans aucun doute, les variations individuelles de solidité ou d'épaisseur des ligaments, des tendons et des os jouent un rôle considérable dans la détermination plus précise des localisations traumatiques. Il nous a paru intéressant de démontrer qu'une association de mouvements forcés, dans des conditions précises, crée une parenté pathogénique entre des besoins en apparence dissemblables. Des recherches analogues auront peut-être pour résultat d'enlever un peu de leur aridité à ces luxations des os du tarse et d'aider à leur classification méthodique.

Je ne suis pas arrivé, par contre, à produire une énucléation du scaphoïde. En lisant l'observation de Chassaignac, dans laquelle, à la suite d'une chute sur les pieds, on constata que le scaphoïde, suivi des deux premiers cunéiformes et des deux premiers métatarsiens, était passé au-dessus de la tête de l'astragale, je m'étais demandé si, dans quelques-uns des faits connus, il ne se produisait pas d'abord une luxation sous-astragalienne en bas, c'est-à-dire sous le scaphoïde, et si secondairement la tête de l'astragale ne venait pas soulever et arracher le scaphoïde de ses insertions cunéennes en le propulsant de bas en haut. Ce n'est là qu'une simple hypothèse que je me borne à signaler sans lui attacher d'importance.

Présentations de malades.

M. Motais (d'Angers) présente une malade chez laquelle il a remédié à un ptosis de la paupière supérieure par la suture au cartilage tarse du tendon dédoublé du droit supérieur. Il dépose, à propos de cette malade, un travail qui est renvoyé à une commission.

M. Kirmisson présente deux malades ayant subi, l'un la *tarsectomie postérieure totale*, et l'autre atteint d'une *arthrite tuberculeuse du genou droit, traitée par drainage de l'articulation du genou à travers le fémur et le tibia.*

Le premier est un jeune homme de 16 ans ayant eu une ostéomyélite du tibia gauche, qui avait laissé à sa suite des fistules multiples, une flexion angulaire du genou et, surtout, une déviation complète du pied en valgus, de sorte que le membre était tout à fait impropre à la marche.

Le 6 janvier 1896, j'ai pratiqué chez lui le redressement du genou et l'évidement total de la diaphyse du tibia. Le 1er juin de la même année, j'ai fait une opération ayant pour but de mettre le pied dans l'axe de la jambe ; les os de la première rangée du tarse étaient réduits à l'état de bouillie osseuse : j'ai dû les enlever, ainsi que l'extrémité inférieure des os de la jambe ; il restait seulement une coque calcanéenne mince et incomplète ; il y a eu, comme vous voyez, une reproduction osseuse abondante ; le tarse est actuellement soudé complètement à l'extrémité inférieure des os de la jambe et le pied à angle droit sur le tibia présente une direction normale. C'est comme résultat heureux d'une tarsectomie postérieure totale que je vous présente ce malade. Comme vous le voyez, il marche aisément à l'aide d'un appareil prothétique.

Mon second malade est un jeune garçon de 7 ans que je vous présente comme un exemple des heureux résultats fournis par la méthode conservatrice dans le traitement des tuberculoses osseuses et articulaires. L'évidement d'un foyer tuberculeux de la tubérosité interne du tibia me conduisit, chez lui, jusque dans l'intérieur de l'articulation du genou ; je creusai alors, de propos délibéré, un canal dans l'épaisseur du condyle externe du fémur à l'aide d'un perforateur de Schwalbé ; j'eus ainsi un canal oblique de haut en bas et de dehors en dedans, traversant de part en part l'articulation du genou en passant à travers le tibia et le fémur ; je touchai fortement les parois de ce canal avec le thermo-cautère, puis je réunis les deux orifices par un gros drain. Vous voyez, au bout d'un an, les heureux résultats de cette tunnellisation du genou ; toute trace de fongosités a disparu, la cicatrisation est complète, la rotule a conservé toute sa mobilité, le genou lui-même possède une quantité considérable de mouvements ; le triceps a repris ses fonctions grâce à l'électrisation ; le malade marche facilement ; il peut être considéré comme guéri.

M. Guinard présente un malade ayant reçu un coup de couteau dans le ventre, avec lésion du gros intestin. Il a fait chez le malade, la laparotomie avec succès.

L'observation de ce malade est renvoyée à une commission (M. Schwartz, rapporteur).

Présentation de pièces.

Luxation du coude; photographies de Rœntgen.

M. Quénu. — Je présente deux photographies de Rœntgen obtenues dans les conditions suivantes :

Une dame fit une chute sur le coude gauche, le 19 avril. Un médecin appelé diagnostiqua une luxation du coude en arrière et crut réduire. D'autres médecins consultés ultérieurement crurent qu'il s'agissait d'une fracture et appliquèrent un appareil. Six jours après la malade rentra à Paris, souffrant horriblement de son coude, qui était arrivé ainsi que le bras à un degré de tuméfaction extraordinaire: le gonflement était tel qu'il était impossible, même en déprimant fortement les parties molles œdématiées, de sentir les tubérosités épicondylienne et épitrochléenne. L'olécrane seul, peu douloureux du reste, à la pression était facilement exploré, et paraissait peu ou pas remonté. Les muscles contracturés ne permettaient aucun mouvement de flexion de l'avant-bras, les moindres mouvements communiqués provoquaient d'ailleurs de vives souffrances. Je soupçonnai une luxation non réduite, mais il est évident que dans les circonstances indiquées, je ne pouvais avoir aucune certitude. Je conseillai alors à la malade de venir dès le lendemain à la fondation Pereire où mon assistant, M. Thaumie, prendrait une photographie des os du coude. Cette photographie nous permit de constater que le coude était luxé en arrière, que les manœuvres de réduction avaient vraisemblablement abaissé l'olécrane, car cette tubérosité était moins élevée que dans les luxations ordinaires, et que l'apophyse coronoïde répondait à la trochlée humérale au-dessous de la cavité olécranienne.

Je pus, aidé par des tractions modérées, pratiquées l'avant-bras étant fléchi, repousser l'olécrane en bas et réduire. Toutefois, les manœuvres faites, il m'était difficile d'affirmer la réduction, car d'une part les relations réciproques des tubérosités demeuraient indéchiffrables, d'autre part les tractions avaient exaspéré la sensibilité articulaire, et deux heures après la patiente souffrait plus qu'avant; je conseillai une nouvelle photographie qui fut prise le lundi matin 26 avril. Celle-ci nous donna la parfaite démonstration de la réduction. Le calme était d'ailleurs revenu, les mouvements de flexion communiqués restaient peu étendus, mais étaient possibles.

L'utilité des photographies de Rœntgen pour les lésions du coude reçoit donc ici une nouvelle démonstration. Sans réveiller aucune souffrance, nous avons ainsi la possibilité de déterminer d'une façon mathématique la situation respective des os du coude et leurs lésions dans des circonstances où précisément les signes classiques sont devenus par le fait du gonflement et de la douleur

d'une constatation extrêmement difficile et même impossible ; j'estime que chez les enfants en particulier où les déplacements articulaires sont si faciles à confondre avec des fractures trochléennes ou des décollements épiphysaires, il serait très désirable qu'on appliquât systématiquement ce nouveau moyen d'exploration.

Prix Duval.

M. le Président annonce que le prix Duval est décerné à M. Longuet pour sa thèse.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
NÉLATON.

Séance du 12 mai 1897.

Présidence de M. DELENS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Des lettres de M. MARCHAND et de M. RICARD, demandant un congé ;

3° Une lettre demandant à la Société de s'associer par une allocation au service commémoratif qui doit être célébré à propos de la catastrophe du Bazar de la Charité.

Communications.

I. — *Du redressement brusque de la gibbosité dans le mal de Pott,*

Par le Dr V. MÉNARD (de Berck-sur-Mer).

M. Ménard présente des pièces anatomiques montrant les effets immédiats du redressement brusque de la gibbosité dans la tuberculose vertébrale.

La moelle et les méninges semblent indemnes ; elles n'ont subi ni déchirure, ni tiraillement, ni compression.

La membrane limitante du foyer tuberculeux est fortement tendue par la manœuvre du redressement ; elle s'est largement déchirée dans un cas de mal de Pott dorsal avec forte gibbosité.

Lorsqu'on corrige brusquement l'inflexion du rachis, les deux segments rachidiens, supérieur et inférieur, auparavant en contact l'un avec l'autre, s'écartent de 2, 4, 6 et même 8 centimètres, selon les cas. Entre eux se forme ainsi une vaste caverne qui contient des débris tuberculeux : pus, caséum, fongosités, séquestres. Sa longueur ne représente pas exactement la hauteur des vertèbres dont les corps ont été détruits ; un tassement a raccourci sensiblement la série des arcs postérieurs correspondants. A chaque extrémité de la caverne on trouve un ou plusieurs corps vertébraux ulcérés, incomplètement détruits.

La réparation de cette caverne intersegmentaire résultant du redressement brusque, reste douteuse jusqu'ici ; les observations des malades sont trop récentes, le traitement n'est pas terminé.

M. Ménard présente une deuxième série de pièces se rapportant au mal de Pott observé à toutes ses périodes : début, période d'état, période consécutive à la guérison.

Elles démontrent qu'à aucune période de la maladie le périoste vertébral ne produit d'hyperostose. La fonction périostique n'est jamais excitée par la tuberculose.

Dans la cavité tuberculeuse, il peut arriver que des débris de corps vertébraux se soudent entre eux lorsqu'ils se trouvent pressés l'un sur l'autre par suite de l'inflexion du rachis. Mais cette soudure fait souvent défaut. On trouve toujours, même longtemps après la guérison, des cavernes remplies de tissus fibreux cicatriciels ou de débris tuberculeux. Les deux segments du rachis ne sont souvent réunis l'un avec l'autre que par l'intermédiaire d'une cicatrice fibreuse.

Nulle part on ne trouve la preuve de la production de tissu osseux dans le foyer du mal de Pott, pas plus à la surface des vertèbres sous le périoste que dans l'intervalle des corps vertébraux malades.

Deux faits caractéristiques de la tuberculose vertébrale subsistent : absence constante d'hypérostose sous-périostique, absence constante de néoformation osseuse de l'intérieur de la cavité tuberculeuse.

En attendant que l'observation directe ait fourni les résultats cliniques éloignés du redressement brusque, il convient de garder une expresse réserve sur la réparation de la caverne que les ma-

nœuvres chirurgicales laissent entre les deux parties de la colonne vertébrale. On doit craindre qu'elle ne puisse se combler d'un cal osseux et, par suite prévoir, comme un fait probable, la reproduction de l'inflexion rachidienne.

Discussion.

M. Brun. — J'ai eu l'occasion de faire une expérience cadavérique analogue à celle de M. Ménard, sur un enfant mort dans mon service où il était hospitalisé depuis plusieurs années pour un mal de Pott avec gibbosité très accentuée.

L'autopsie faite après le redressement brusque de la gibbosité, a montré que ce redressement avait été suivi de la formation d'une cavité de 8 à 10 centimètres de hauteur, au fond de laquelle la moelle et les méninges étaient restées parfaitement intactes.

J'avoue que cette expérience ne m'encourage pas à tenter le redressement brusque dans les cas anciens, mais je crois que cette méthode peut trouver des indications dans les faits récents.

Ce matin même, avec le concours de MM. Monod et Jalaguier, j'ai pratiqué, sous le chloroforme, le redressement d'une gibbosité pottique datant de trois mois et demi, et je suis arrivé aisément à faire disparaître toute déformation sans avoir, je crois, produit de lésions semblables à celles que j'avais observées dans mon expérience cadavérique.

J'ai également pratiqué le redressement brusque chez un petit garçon dont la gibbosité datait de cinq mois environ, et le résultat m'a paru très satisfaisant.

Je suis donc disposé à faire bénéficier mes malades de cette méthode, au moins dans les cas récents.

M. Michaux. — J'ai redressé samedi dernier, avec l'aide de M. Calot, un petit bossu de 9 ans. Il avait un mal de Pott dont le début remontait à trois ans. Le redressement s'est fait avec une très grande facilité, doucement, sans fracas, Certes, le malade a eu immédiatement un grand bénéfice de l'intervention. Et il faut attendre avant de porter un jugement définitif de la méthode.

M. Poirier. — J'ai eu l'occasion de voir M. Calot pratiquer deux fois le redressement de bosses pottiques. Dans un premier cas, la gibbosité était dorsale supérieure ; le redressement fut fait après résection des apophyses épineuses saillantes ; une couche épaisse de ouate fut immédiatement appliquée et l'opéré placé dans l'appareil plâtré ; je vis mal.

Sur ma prière, M. Calot voulut bien modifier quelque peu sa façon d'opérer dans le second cas ; la gibbosité dorsale inférieure

fut réduite en trois fois, par des pressions méthodiques pratiquées à quelques secondes d'intervalle et, à chaque effort, nous pûmes constater les progrès de la réduction qui fut complète. Les opérés supportèrent bien ces différentes manœuvres.

Pour l'instant, mon avis sur ce mode de traitement est qu'il constitue une tentative intéressante. Et voilà tout ce que j'oserais dire à l'heure actuelle. En effet, comparer la colonne vertébrale à un membre, comme le fait M. Calot, et dire : je la redresse comme on redresse un genou, c'est faire la plus inexacte des comparaisons. Dans un genou redressé, les segments osseux restent en contact; ils s'écartent après redressement de la colonne vertébrale. La différence est grande et il faut se demander par quel processus sera comblé l'écartement, des corps vertébraux. L'expérience répondra dans quelques années.

A l'heure actuelle, on peut penser que le traitement du mal de Pott sera prolongé par le redressement, mais que, peut-être, on obtiendra la guérison dans toute sa rectitude et la rigidité vertébrale. Comme le temps est peu de chose, si la bosse peut être évitée, comme le redressement ne paraît pas présenter de dangers immédiats, je me propose de le pratiquer.

M. Broca a fait le redressement dans trois cas. Dans un cas, où il s'agissait d'une pottique très ancienne et paraplégique, la réduction n'a pu être obtenue d'une façon complète. Dans les deux autres cas, où la gibbosité datait de six mois et de deux ans, la réduction a été parfaite. Tous ont fort bien supporté l'opération et le grand appareil plâtré. Quant au mode de réparation définitif, il convient d'attendre avant de se prononcer.

II. — *De l'absence congénitale du péroné avec flexion angulaire du tibia (prétendues fractures intra-utérines),*

Par M. E. KIRMISSON.

Je ne veux pas laisser sortir de mon service un enfant portant un exemple intéressant d'absence congénitale du péroné avec inflexion du tibia, sans vous entretenir de cette curieuse difformité et de l'opération que j'ai pratiquée dans ce cas particulier.

Il s'agit d'un enfant de 10 ans, Ernest F..., dont le père et la mère sont vivants et bien portants. Ils se sont mariés en 1879, le père ayant à ce moment 27 ans, et la mère 17. Ils ont eu deux autres enfants, qui sont actuellement âgés de 15 et 16 ans, tous deux bien portants et bien conformés. Mais il est à noter que, depuis le début de la première

grossesse, la mère se livre à l'alcoolisme. Elle n'a eu ni accidents, ni maladie pendant sa grossesse. Accouchement à 8 mois environ; présentation du siège, les membres inférieurs repliés sur la paroi abdominale antérieures; plusieurs circulaires du cordon autour du corps.

Vers l'âge de 8 mois, l'enfant aurait eu des accidents méningitiques; il est sourd-muet. A noter, en outre les déformations multiples occupant les membres inférieurs, un léger degré d'hypospadias balanique; toute la partie supérieure du corps est bien développée. Les anomalies siègent exclusivement sur les membres inférieurs. Du côté droit, la cuisse est normalement conformée, mais un peu courte; de l'épine iliaque, antérieure et supérieure, à la base de la rotule, elle mesure 23 centimètres. La jambe est extrêmement atrophiée; le tibia mesure seulement 15 centimètres de longueur. Il présente, à l'union de son tiers supérieur avec ses deux tiers inférieurs, une légère courbure à convexité tournée en avant; et, au-devant du sommet de l'angle, une petite cicatrice verticale. L'extrêmité inférieure du tibia est arrondie et il est difficile d'y reconnaître la configuration normale de l'os à ce niveau. Le péroné fait complètement défaut. Comme toujours en pareil cas, le pied est entièrement déjeté en dehors; il ne possède que trois orteils, dont chacun est relié à un métacarpien distinct. Il existe une rétraction considérable du tendon d'Achille déterminant une ascension énorme du talon. L'enfant étant debout repose sur l'extrémité inférieure du tibia et sur le bord interne du pied. La plante du pied regarde directement en dehors, la face dorsale en dedans.

Du côté gauche, la déformation est beaucoup plus marquée. Le membre inférieur présente un raccourcissement tel que le pied ne dépasse guère le niveau du genou du côté opposé. La cuisse réduite à une longueur insignifiante est tout à fait globuleuse. Il est difficile de préciser le point répondant à l'articulation du genou, mais celle-ci fait complètement défaut. Il y a, comme le démontre la radiographie, soudure entre le fémur et le tibia. On ne peut, dans cette masse globuleuse qui représente la cuisse, distinguer de rotule. Ici, comme à droite, le tibia présente, à l'union de son tiers inférieur avec ses deux tiers supérieurs, une légère convexité de son bord antérieur, et, au-devant du sommet de l'angle, une petite dépression cicatricielle. Le péroné est complètement absent. Le pied dévié en dehors possède quatre orteils, dont les deux moyens sont portés sur un métatarsien unique et relié entre eux par une syndactylie. L'enfant ne peut marcher qu'en fléchissant fortement le genou droit, de cette façon, il arrive à faire porter sur le sol le pied gauche; mais les membres sont réduits à une brièveté extrême.

Le 4 mai 1896, j'ai fait, du côté droit, une opération dont le but a été de remettre le pied dans ses rapports normaux avec le tibia. J'ai pratiqué d'abord à la partie postéro-externe du pied, une incision horizontale qui m'a servi à faire la section à ciel ouvert des péroniers latéraux et du tendon d'Achille. Puis, une incision en L est faite au côté interne du membre; on arrive sur l'extrêmité inférieure du tibia qui forme sous la peau une saillie considérable. Il est impossible de reconnaître

ce qui appartient à l'astragale. Cette saillie osseuse du tibia est excisée avec la gouge et le maillet; on aperçoit alors dans le fond de la plaie, une surface arrondie, recouverte de cartilage, et qui paraît être la surface articulaire de l'astragale considérablement diminuée de volume et probablement fusionnée avec le calcanéum. Elle est enlevée avec la gouge à main; on supprime encore à diverses reprises de petits copeaux de l'extrémité inférieure du tibia, jusqu'à ce que le pied puisse être amené dans l'axe de la jambe. Le point d'appui fourni par le calcalnéum est tellement petit qu'on abandonne l'idée d'enchevillement. La plaie interne est suturée, après excision d'une bourse muqueuse accidentelle et répondant à l'extrêmité inférieure du tibia. La plaie externe qui a servi à la ténotomie du tendon d'Achille et des péroniers latéraux est laissée ouverte. Pansement à la gaze iodoformée. Immobilisation du membre à l'aide d'une gouttière plâtrée renforcée d'une attelle externe.

La cicatrisation s'est faite sans incident, et le pied s'est maintenu dans la position que l'arthrodèze lui avait donnée. Au bout de trois mois, le 30 juillet, l'enfant, muni d'une bottine spéciale, dont la semelle est surelevée en dedans, avec tuteurs latéraux, commence à marcher avec des béquilles.

Le 28 septembre, il est muni d'un appareil prothétique formant pilon, et destiné à donner au membre gauche une longueur sensiblement égale à celle du droit. Dans ces conditions, il marche comme vous le voyez, assez facilement, bien qu'il ait toujours une légère tendance à la déviation du pied droit en dehors.

Le fait que nous venons de rapporter est un exemple de la curieuse malformation du membre inférieur, à laquelle convient le nom d'absence congénitale du péroné avec flexion angulaire du tibia. Il en présente tous les éléments, savoir : l'inflexion du tibia à convexité antérieure; l'existence au devant du sommet de l'angle d'une dépression cicatricielle; l'atrophie du membre; le déjètement du pied en valgus; l'absence de plusieurs orteils.

C'est bien à tort que, jusque dans ces dernières années, cette malformation a été décrite sous le nom de fracture intra-utérine du tibia. Le plus souvent, d'abord, on ne rencontre pas dans les antécédents de traumatisme auquel on puisse attribuer la prétendue fracture, et d'ailleurs comment le traumatisme pourrait-il rendre compte de l'absence du péroné et de plusieurs os? comment expliquerait-il l'atrophie du membre, qui peut aller jusqu'à présenter des proportions énormes? Depuis huit ans bientôt que je suis chirurgien des Enfants assistés, j'ai pu recueillir six observations d'absence congénitale du péroné avec incurvation du tibia; ces faits représentent une série croissante de malformations. En effet, à côté de cas dans lesquels le membre atteint présente un raccourcissement de 2 ou 3 centimètres, il en est d'autres dans lesquels

l'atrophie est beaucoup plus accentuée, au point d'arriver même à ne plus représenter, comme chez l'un de mes malades, que deux petits moignons. Je dus me résoudre, dans ce cas particulier, à faire marcher mon petit malade sur un double pilon, comme un amputé des deux jambes.

Un argument sur lequel on s'est fondé pour admettre l'existence d'une fracture intra-utérine, c'est la présence au devant du sommet de l'angle tibial d'une dépression cicatricielle. On a pensé qu'il y avait eu fracture et perforation de la peau de dedans en dehors par l'un des fragments. Mais ce caractère même n'a pas toute la valeur qu'on lui a attribuée. En effet, dans un travail récent, Handeck[1], l'un des assistants de Hoffa, a démontré qu'il ne s'agissait pas là d'une cicatrice à proprement parler, mais bien d'une atrophie de la peau, atrophie réalisée par une compression qui s'est exercée de dehors en dedans à ce niveau. Pour toutes ces raisons, j'adopte avec tous les auteurs qui se sont occupés de la question, Handeck, Kummel[2], avec notre collègue, M. Nélaton[3], la théorie de M. Dareste, qui place dans des anomalies existant du côté de l'amnios, étroitesse des capuchons amniotiques, adhérences et brides amniotiques, l'origine des malformations que nous étudions ici.

Le pronostic est évidemment très défavorable et il s'aggrave encore de ce fait que l'accroissement du membre porteur de la malformation ne se fait pas dans les mêmes proportions que celui du membre sain, de sorte que plus l'enfant avance en âge et plus est grande l'infirmité. Il y a, du reste, de très grandes différences sous ce rapport, suivant les cas, puisque, comme nous l'avons déjà dit, il existe une série croissante de malformations, depuis les faits où le raccourcissement de dépasse pas 2 ou 3 centimètres jusqu'à ceux où le membre est réduit à un court moignon. Dans ces cas, en effet, tout ce que l'on peut faire, c'est de recourir à la prothèse, comme nous l'avons fait chez notre petit malade, qui marchait sur un double pilon à la façon d'un amputé des deux jambes. Si même ce rudiment de membre était l'objet de gêne ou de douleur pour le malade, le mieux serait de l'en débarrasser par l'amputation. Mais dans les cas inverses, lorsque la jambe présente une longueur suffisante pour pouvoir servir de support au poids du corps pendant la marche et la station, on peut se proposer, par une opération

[1] Haudeck, Ueber congenitalen Défect der Fibula und dessen Verhalten zur sogenannten intrauterinen Fractur der Tibia (*Zeitschrift für Orthop. chir.*, Bd IV, 2e et 3e Heft, p. 326).

[2] Kummel, Die Misabildungen der Extremitäten (*Bibliotheca medica*. Cassel, 1895).

[3] Nélaton, *Revue d'orthopédie*, juillet 1891.

chirurgicale, de mettre le membre en état d'accomplir ses fonctions. Pour cela, deux éléments sont à considérer : 1° la courbure tibiale ; 2° la déviation du pied en valgus. Il faudra, pour arriver à un résultat utile, combattre successivement cette double difformité. Contre la courbure tibiale, il faut employer l'ostéotomie cunéiforme qui permettra de donner à la diaphyse osseuse une direction se rapprochant de la direction verticale. Quant à la déviation du pied en équin valgus, on pourrait concevoir tout d'abord l'espoir de la corriger par la simple section du tendon d'Achille et des tendons péroniers latéraux ; mais l'on ne tardera pas à se convaincre que ces moyens sont insuffisants. En effet, du fait de l'absence du péroné, la mortaise tibio-tarsienne n'existe plus, et, quoi qu'on fasse, l'astragale roule sur la surface articulaire que lui oppose l'extrémité inférieure du tibia et la déviation du pied en valgus se reproduit immédiatement. Force est donc de recourir à l'arthrodèse tibio-tarsienne, c'est-à-dire d'obtenir la soudure de l'astragale à l'extrémité inférieure du tibia, comme nous l'avons fait avec succès sur le malade que nous avons eu l'honneur de vous présenter aujourd'hui.

Discussion.

M. Reclus. — J'ai opéré, il y a quelques années, un enfant présentant une difformité semblable. Je fis l'ostéotomie du tibia, et, pour redresser le pied, je fus obligé de faire l'arthrotomie tibiotarsienne. Mais, après redressement, l'astragale n'était point fixé et j'eus les plus grandes difficultés à le maintenir en bonne position.

Après guérison, le membre déformé ne grandit point et resta très petit.

M. Nélaton. — La communication de M. Kirmisson traite de la pathogénie, de l'intervention chirurgicale, des résultats donnés par l'opération.

En ce qui concerne la pathogénie, il ne me paraît pas douteux que la théorie de M. Dareste, qui attribue à l'étroitesse de la poche amniotiquo les déformations, ne soit la vraie. M. Dareste possède un musée où ces monstruosités, produites en quelque sorte à volonté, jettent une lumière vive sur leur mode de production.

En ce qui concerne l'intervention chirurgicale, la seule chose que l'on puisse faire, c'est ce que M. Kirmisson, M. Redard, moi-même et bien d'autres ont fait : c'est-à-dire l'ostéotomie du tibia permettant son redressement, puis l'arthrotomie suivie d'arthrodèse tibio-tarsienne pour que le pied ne se dévie pas.

On obtient ainsi un redressement très bon. Le résultat immédiat est donc excellent.

En ce qui concerne les résultats tardifs, je dois dire que je partage absolument l'opinion de Braun, qui déclare qu'il n'y a d'autre remède à ces déformations, lorsqu'elles sont unilatérales, que l'amputation. En effet, après l'intervention la mieux conduite, alors que vous avez obtenu un résultat immédiat très satisfaisant vous serez étonnés de voir que le membre qu'on a redressé à grand'peine ne grandit pas. Le membre opposé au contraire continue sa croissance, et on s'est donné bien du mal pour redresser un membre que son état d'atrophie condamne à l'impuissance.

Le petit malade que j'ai opéré il y a sept ans et que j'ai redressé est aujourd'hui aux Incurables, parce que son membre atrophié ne correspond pas à son congénère.

En cas de malformation unilatérale, je ferais aujourd'hui, comme Braun : l'amputation.

Présentations de malades.

Pied bot varus équin congénital droit ; ténotomie du tendon d'Achille ; excision de la tête de l'astragale et de la grande apophyse du calcanéum. Guérison avec excellent résultat.

M. Jalaguier. — L'enfant que je vous présente est âgée de 6 ans ; son pied droit était en équinisme très prononcé avec léger varus ; elle marchait sur le bord externe du pied. L'astragale et le calcanéum formaient une saillie dorsale très marquée.

L'opération a eu lieu le 30 mars ; j'ai coupé le tendon d'Achille, puis excisé la tête de l'astragale et la grande apophyse du calcanéum, au moyen d'une petite incision dorsale de 4 centimètres. La correction a été parfaite.

L'enfant a commencé à marcher dans un appareil plâtré le 14e jour. L'appareil a été supprimé le 25e jour. Depuis ce moment elle marche très bien sans aucun appareil et la correction est restée complète.

Voici les parties osseuses enlevées, vous pouvez constater que le désossement a été réduit au minimum ; aussi les conditions de structure et de statique du pied ne sont-elles nullement modifiées. Je crois, comme Nélaton, que l'avenir est aux opérations sur les os, à condition d'enlever tout ce qui s'oppose à la correction de l'attitude vicieuse, mais rien que cela. Je ne suis pas partisan de l'opération de Phelps.

La tarsectomie économique telle que je la pratique, après Nélaton, m'a toujours donné d'excellents résultats : je l'ai faite 34 fois sans le moindre accident, et, comme je l'ai dit au dernier Congrès de chirurgie, je l'emploie non seulement pour les pieds bots des

enfants ayant marché, mais aussi pour les pieds bots *graves* des tout petits enfants.

Discussion.

M. Kirmisson. – Je ne crois pas cette méthode comparable à la méthode de Phelps, car M. Jalaguier nous dit qu'elle est courte, ne donne pas de déformations et supprime tout espèce d'appareils. Or, je ne crois pas que ses résultats soient durables, et je demande à M. Jalaguier de nous présenter des malades opérés depuis plusieurs mois.

M. Nélaton. — Je vous en montrerai opérés depuis dix ans.

M. Reclus présente deux malades atteints de fractures de jambe, traités par l'appareil ambulatoire. Le premier est au 24e jour d'une fracture bimalléolaire ; le deuxième est au 10e jour d'une fracture de jambe oblique avec saillie.

Discussion.

M. Kirmisson. — Je ferai remarquer que le malade atteint de fracture bimalléolaire n'a pas la fracture consolidée.

M. Reclus. — En effet, elle n'est pas consolidée ; mais, maintenu par son appareil, le malade peut marcher sans danger.

M. Potherat présente le malade qu'il a opéré, il y a trois semaines, de polype naso-pharyngien et dont il a présenté la pièce.

M. Hartmann présente un malade atteint de fracture du maxillaire inférieur, guéri avec l'appareil de Kingsley.

Présentation de pièces.

M. Routier présente un appendice qu'il a enlevé. Cet appendice contenait une concrétion sternale et des oxyures vermiculaires.

Au cours de la séance, on a nommé une Commission pour la nomination d'un membre titulaire.

MM. Monod, Schwartz, Hartmann ont été désignés.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

Nélaton.

Séance du 19 mai 1897.

Présidence de M. Delens.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et les publications périodiques de la semaine.

Discussion sur l'opération de Syme.

M. Ollier. — Dans la discussion qui s'est ouverte devant la Société de chirurgie à propos de l'opération de Syme, M. Delorme, appréciant les modifications que j'ai fait subir à cette opération, a déclaré qu'il considérait la conservation du périoste calcanéen comme une complication opératoire sans utilité. C'est contre cette proposition que je veux protester, pièces en main.

Depuis trente ans je fais l'opération de Syme en appliquant la décortication sous-périostée du calcanéum ; j'ai pratiqué cette manœuvre plus de cinquante fois et j'ai toujours eu des moignons solides, résistants.

J'ai déjà publié les résultats de mes opérations dans le *Traité de la régénération osseuse* et j'ai déclaré que la palpation des moignons de mes opérés permettait de reconnaitre la formation d'un noyau osseux dans la coque calcanéenne qui donnait de la force, de la solidité et de lahauteur au moignon.

Cette reproduction osseuse, tangible à travers les téguments, n'avait pas été vérifiée *de visu*, car je n'avais point d'autopsie.

Aujourd'hui, grâce à l'emploi dês rayons X, j'ai pu montrer ces reproductions osseuses ainsi qu'en témoigne la photographie ci-jointe ainsi que le prouvent les planches de la thèse de mon élève M. La Bonnardière. J'appelle votre attention sur deux épreuves : l'une est la photographie d'un opéré ancien (l'opération

a eu lieu il y a 15 ans), la masse osseuse, de nouvelle formation, est épaisse et paraît très irrégulière de forme, alors que le toucher



la ferait croire lisse, arrondie. C'est que la production osseuse est entourée d'un tissu fibreux dense.

Si on examine cette deuxième épreuve, faite d'après un malade plus récemment opéré, le noyau osseux de nouvelle formation pa-

raît beaucoup plus petit. En réalité, il est cependant assez gros, mais le tissu osseux nouveau se laisse facilement traverser par les rayons lumineux.

Je me crois, d'après ces photographies, autorisé à vous dire : la décortication sous-périostée du calcanéum est utile, car elle donne un talon *osseux solide et élevé.*

J'ajouterai maintenant que la manœuvre de décortication sous-périostée est une *simplification* du manuel opératoire. Il y avait autrefois de nombreux exemples de blessure de la tibiale postérieure et de sphacèle du lambeau à la suite de l'opération de Syme. Or, avec le détache-tendon on rase l'os, et semblable accident n'est plus à craindre.

Voici quel est le manuel opératoire de l'amputation de Syme, telle que je la pratique. Je conseille :

1° *La section préalable du tendon d'Achille* et de sa gaine. J'attache de l'importance à cette section faite, au début de l'opération, à ciel ouvert. Cette incision laisse un trou postérieur par lequel on établit un drainage ; utile au point de vue du drainage, cette incision facilite aussi beaucoup la décortication calcanéenne ;

2° *La suture au lambeau plantaire des extrémités des tendons* jambier antérieur et extenseur des orteils. Cette suture assure la fixité du lambeau, l'empêche d'être entraîné en arrière. De plus, les tendons impriment des mouvements au moignon, les malades peuvent, comme je le dis souvent, *saluer du talon.*

La mobilité cutanée assurée par ces mouvements communiqués permet au moignon de mieux supporter les pressions qui se répartissent alternativement sur des points différents ;

3° Je conseille enfin de toujours réséquer les malléoles dont la saillie provoque souvent des douleurs.

Ce que je viens de dire pour l'opération de Syme, je le répéterai pour *les amputations du quart inférieur de la jambe.* Alors même que vous faites la section du tibia à 10 centimètres de l'interligne, vous pouvez conserver la peau du talon doublée de son périoste calcanéen, et il faut le faire. J'ai opéré de cette façon un malade en 1889, et ce malade marche sur son moignon. Malgré son raccourcissement, avec une bottine arrondie à talon surélevé, il fait 30 à 40 kilomètres facilement.

Quelle que soit d'ailleurs la région qui soit en cause, *une désarticulation doit être sous-périostée,* aussi bien qu'une résection. Les méthodes où l'on ne tient pas compte de la conservation du périoste sont barbares et surannées.

La désarticulation sous-périostée est d'une exécution plus facile, moins dangereuse (au point de vue des lésions vasculaires), ses moignons sont plus beaux et plus solides.

Entre autres, laissez-moi vous rappeler deux exemples typiques montrant les avantages de ce mode de désarticulation.

Un chirurgien anglais, au lieu de faire une désarticulation de la hanche par les procédés ordinaires, fait une amputation sous-trochantérienne, puis il incise le périoste à la face externe du grand trochanter et extirpe l'extrémité supérieure du fémur en faisant une énucléation sous-périostée. Une reproduction ostéo-fibreuse se fit et fut suffisante pour permettre l'application d'un appareil; le malade marcha comme un amputé de cuisse.

J'ai opéré, il y a quatre ans, de désarticulation du coude, une femme de 43 ans, en conservant le périoste de l'extrémité supérieure des os de l'avant-bras; elle a un moignon d'avant-bras suffisant pour soutenir 15 kilogrammes.

Communication.

Ostéo-myélite du maxillaire inférieur,

Par M. MOTY.

Le nommé H..., détenu militaire, entre à l'hôpital de Lille le 12 novembre 1896, pour fistule de la région parotidienne droite.

La lésion remonte au mois de décembre 1895 ; elle a eu pour cause la carie de la première grosse molaire inférieure et a débuté par un gonflement fluctuant qui a été ouvert à cette époque au bistouri dans la région parotidienne supérieure.

Quelques mois plus tard, une autre incision a été faite au niveau de l'angle de la mâchoire, et depuis, les deux incisions devenues fistuleuses se ferment et se rouvrent alternativement.

Un stylet engagé dans la fistule supérieure conduit sur le maxillaire dénudé sur une assez grande surface ; un gonflement dur et qui paraît osseux environne cette fistule et s'étend jusqu'à l'angle de la mâchoire.

L'écartement maximum des arcades dentaires ne dépasse pas un centimètre et demi ; les dents conservées sont saines, sans mobilité et sans modifications de son à la percussion.

Aucun symptôme du côté de l'audition, ni du côté du goût ou des réflexes pupillaires ; la salivation est plutôt exagérée du côté de la parotide droite.

Après insuccès de l'iodure de potassium à hautes doses, je me proposai de mettre l'os à nu pour mobiliser et enlever, si cela était possible, les parties nécrosées.

Le 8 décembre 1896, après chloroformisation, je fis une incision de 6 centimètres, de l'angle de la mâchoire au voisinage du menton, en sectionnant d'emblée la faciale ; puis, ayant dénudé au détache-tendon, la face antérieure de la branche montante, je tombai sur une surface rugueuse remontant jusqu'au voisinage du condyle d'une part et du tiers supérieur de l'apophyse coronoïde de l'autre ; cette surface était limitée en bas par un rebord osseux situé un peu au-dessus de l'angle du maxillaire, mais il était impossible, même après évidement superficiel de l'os, de trouver une ligne de démarcation apparente entre l'os sain et l'os malade ; toute tentative de mobilisation d'un séquestre était dès lors prématurée et, comme il n'y avait pas de gonflement pharyngien du côté de la branche montante, je crus pouvoir attendre encore pendant quelque temps la formation d'un séquestre et me contentai de réunir et de drainer, en prévenant le malade à son réveil que tout serait à recommencer plus tard.

Deux interventions du même genre furent faites le 27 janvier et le 26 mars ; dans cette dernière, le canal dentaire fut largement ouvert et devant l'impossibilité de mobiliser autre chose que des parcelles osseuses insignifiantes, je fus sur le point de sacrifier la branche montante ; mais, sur le désir du médecin traitant, je me bornai encore à une cautérisation au thermocautère et à un drainage.

Ces trois interventions n'ayant eu d'autre résultat que de soulager un peu le malade sans faire cesser la suppuration, je revins à la charge le 12 mai dans le dessein d'en finir.

Refaisant donc une quatrième fois mon incision du bord inférieur de l'os, je dénudai le maxillaire, je le sectionnai obliquement en remontant de l'angle de la mâchoire au tiers moyen du bord antéro-interne de la branche montante et en me servant de la pince à crâne ; puis saisissant le fragment supérieur avec de fortes pinces, je le dénudai sur ses deux faces avec le détache-tendon et l'enlevai suivant la méthode usuelle.

La dureté des tissus à récliner rendit le détachement du tendon du temporal très difficile, les ciseaux ne purent me servir et je dus le poursuivre avec le détache-tendon recourbé.

Je laissai dans la plaie deux pinces et un tamponnement jusqu'au lendemain et, depuis lors, bien que la muqueuse buccale ait été déchirée, la plaie se rétrécit rapidement et tout fait prévoir une cicatrisation prochaine.

L'examen de la pièce présente un intérêt particulier parce qu'il montre que la seule voie de propagation de l'infection a été le canal dentaire inférieur ; en effet, on trouve l'os tout à fait normal entre la dent malade et l'angle de la mâchoire, tandis qu'il était complètement dénudé de l'épine de Spix à l'échancrure sigmoïde, de sorte qu'à ce niveau, le détache-tendon parut tomber dans une véritable cavité se perdant en haut du côté du col et du côté de l'apophyse coronoïde.

On remarque, en outre, que le canal dentaire, qui a été ouvert par évidement de la face externe de l'os dans la troisième intervention, est atteint d'ostéite pariétale, surtout marquée au niveau de son orifice

supérieur qui paraît en même temps fortement élargi. L'infcetion semble avoir atteint la face externe de l'os en contournant le bord postérieur du maxillaire d'une part et en franchissant, d'autre part, l'échancrure sigmoïde, comme dans un cas rapporté par M. Marchand à la Société de chirurgie dans la discussion de 1892 sur les phlegmous sus-hyoïdiens.

Cette pièce vient donc à l'appui des vues que j'ai émises devant la Société en 1892 sur le rôle du canal dentaire inférieur dans l'évolution des phlegmous rétro-maxillaires consécutifs aux caries des dents inférieures. Ces phlegmons qui, dans leur forme bénigne, s'ouvrent derrière le voile du palais et se terminent ensuite par résolution, sont dus le plus ordinairement à une lésion de la dent de sagesse. A ce point de vue l'observation ci-dessus est assez exceptionnelle puisque c'est la première grosse molaire qui a été l'origine du phlegmon.

Discussion.

M. Routier. — Au mois de novembre dernier, j'ai opéré une jeune femme qui était atteinte d'un phlegmon diffus sushyoïdien consécutif à l'avulsion de deux dents molaires.

A la suite de l'incision large de son foyer d'ostéo-myélite, cette malade a fait un séquestre de son maxillaire correspondant à toute la moitié gauche, sauf le condyle et la coronoïde ; cinq mois après, j'ai extrait ce séquestre sans toucher à l'os encore vif et la guérison a été très rapide.

Discussion sur la péritonite.

M. Routier. — Je n'aurais pas redemandé la parole dans cette discussion s'il ne s'agissait de vider une bonne fois et pour n'y plus revenir, je l'espère, la question qu'a de nouveau soulevée M. Reynier au sujet du malade que j'ai présenté ici, il y a déjà un certain temps, comme guéri par la laparotomie d'une péritonite purulente généralisée.

Je ne puis que lui répéter ce que j'ai dit alors ; je présentai ce malade comme une exception, comme un cas extraordinaire, précisément parce que j'avais, au cours de la laparotomie, constaté *de visu* qu'il y avait péritonite généralisée.

Et, quoique puisse dire ou penser M. Reynier, je répète que je crois avoir une assez grande habitude de l'abdomen pour distinguer une péritonite généralisée d'une péritonite enkystée ou partielle, quelle que soit son étendue.

J'ai vu avec plaisir, du reste, qu'il contestait de même les diagnostics de nos collègues G. Marchand et Peyrot ; en généralisant un peu cette façon de discuter, M. Reynier en arrivera bientôt à n'admettre que ses faits personnels, et la chirurgie se bornera pour lui à ses interventions, les actes ou les opinions de ses collègues n'ayant à ses yeux qu'une valeur des plus contestables.

J'ai vu et opéré beaucoup de péritonites, celles qui étaient partielles et qui ont guéri, je n'ai pas cru devoir vous en parler ; mais comme, lorsqu'elles sont généralisées, la guérison est la très rare exception, je vous ai présenté ce cas.

J'en ai un autre dont je ne vous ai pas parlé, un cas de péritonite purulente généralisée, arrêtée et guérie par la laparotomie et le lavage : mais, le 20e jour, j'ai eu la malheureuse occasion de constater les suites de cette guérison ; cet enfant est mort d'étranglement interne ; j'ai refait une laparotomie et j'ai constaté l'existence de 7 à 8 coudures brusques par adhérences des anses, adhérences dues à la guérison de cette péritonite et disséminées sur toute la hauteur de l'intestin grêle.

Puisque j'ai repris la parole, j'en profite pour dire à M. Reynier que sa communication m'a fort surpris.

Dans son début, il paraît admettre la possibilité de guérir par l'intervention chirurgicale la péritonite généralisée : puis il ne l'admet plus, celles qui guérissent sont toutes partielles ; puis il dit qu'il n'y a qu'à attendre pour voir se localiser les péritonites généralisées ; ce serait bien commode si c'était vrai ; je n'y crois guère.

Enfin, il a paru nous donner comme une nouveauté la mort par septicémie ou par insuffisance cardiaque dans la péritonite ; je serais curieux de savoir quel est celui d'entre nous qui, en face d'une imminence de péritonite, ne se préoccupe pas surtout du pouls, du cœur, du rein ?

Nons employons tous le sérum, la caféine, peut-être pas le strophantus, je ne crois pas que nous soyons aussi heureux que lui ; nous n'avons pas l'air, en effet, pas plus les uns que les autres, de pouvoir relever à volonté le cœur de nos malades.

Quand M. Reynier dit que nos malades, les miens, ceux de M. Gérart Marchand, ceux de M. Peyrot, ont guéri malgré le brassage des intestins, et ce, parce qu'ils avaient le péritoine tolérant, cela revient à dire qu'ils sont guéris parce qu'ils ne sont pas morts.

De tout ceci il faudrait cependant tirer un enseignement, et surtout éviter des déboires et des malheurs, en insistant à nouveau, comme je l'ai fait, comme l'ont fait nos collègues, sur l'utilité qu'il y a à agir aussi vite que possible contre la péritonite ; on peut

affirmer que les lésions sont toujours plus graves et plus étendues que ne le font soupçonner les symptômes cliniques les mieux étudiés.

Pour ma part, je considère comme une utopie la localisation d'une péritonite généralisée, grâce à l'usage de la glace, des sangsues ou de tout autre médicament.

Il faut ouvrir le péritoine, le nettoyer et le drainer, et on obtiendra des succès lorsque la septicémie n'aura pas déjà empoisonné le sujet.

M. Quénu. — Je reprends la parole parce que, il y a une dizaine de jours, j'ai eu l'occasion d'opérer un nouveau cas de péritonite suppurée.

J'ai soutenu simplement cette proposition, non qu'il faut nier les péritonites généralisées suppurées et guéries, mais qu'il ne faut les accepter que lorsque la laparotomie a permis de s'assurer que les anses intestinales sont libres et non agglutinées. Je soutiens qu'en général les péritonites sont non pas généralisées, mais très étendues ; elles ont beau s'étendre du plancher pelvien au diaphragme, elles ne sont pas généralisées en ce sens que les anses sont agglutinées et que, de la sorte, elles se défendent contre l'infection en s'enkystant pour ainsi dire.

Chez mon malade, il s'agissait d'une péritonite suppurée à pneumocoques survenue à la suite d'une infection pleuro-pulmonaire à pneumocoques ; la matité remontait au-dessus de l'ombilic et on se renvoyait le flot d'une fosse iliaque à l'autre. Je fis une incision dans la fosse iliaque gauche et une contre-ouverture dans la fosse iliaque droite. Un grand lavage à l'eau bouillie fut pratiqué ; après l'issue de 5 à 6 litres de pus fétide, les drains iliaques furent enfoncés jusqu'au fond de la cavité pelvienne. Le malade qui, du reste, n'a jamais eu de fièvre, même avant son opération, est en bonne voie de guérison.

M. Bouilly. — Je veux, à propos des péritonites généralisées, vous rapporter un cas où la généralisation me paraît indiscutable.

Une femme fut prise, le mardi gras dernier, de malaise, de céphalalgie, d'hébétude accompagnée de fièvre. Cet état dura cinq ou six jours et avait donné à penser à un début de fièvre typhoïde. Cependant le ventre de la malade s'était distendu et la percussion y faisait reconnaître un abondant épanchement. Le médecin de cette dame fit une ponction pour évacuer l'épanchement et retira 7 litres de pus, la température était de 38°,5.

Je vis la malade le lendemain de cette ponction ; on trouvait un épanchement abdominal montant à l'ombilic. Le surlendemain la laparotomie fut commandée par une rougeur phlegmoneuse qui se montra autour de l'ombilic.

Je fis la laparotomie et trouvai le ventre rempli de pus; la collection allait du petit bassin au diaphragme et remplissait l'abdomen mais le pus ne pénétrait pas entre les anses intestinales.

Je lavai, je fis une contre-ouverture par le cul-de-sac vaginal postérieur et la malade guérit en vingt et un jours.

L'examen fit reconnaître qu'il s'agissait d'une suppuration à pneumocoques.

Il y a donc des péritonites généralisées curables.

M. Walther. — Au cours de la discussion qu'a soulevé le rapport de M. Richelot sur l'intéressante observation de M. Malapert, plusieurs points différents ont été abordés et plusieurs questions débattues. Je ne veux revenir ici ni sur la discussion de la localisation ou de la généralisation des péritonites suppurées.

Je voudrais seulement apporter quelques faits qui me paraissent avoir un intérêt pour l'étude de la péritonite à pneumocoques.

J'ai opéré trois cas de péritonite à pneumocoques.

Le premier était un jeune homme d'une vingtaine d'années qui vint, en 1892, à l'Hôtel-Dieu dans le service de mon maître, M. le professeur Tillaux que j'avais alors l'honneur de suppléer. A l'incision de l'abdomen, je trouvai une péritonite suppurée, occupant toute la cavité du petit bassin, les deux fosses iliaques et limitée au niveau de l'ombilic par une agglutination des anses intestinales et de l'épiploon.

Bien que l'état du malade parût très grave au moment de l'intervention, le malade guérit. L'examen du pus montra qu'il s'agissait d'une péritonite à pneumocoques.

J'ai observé le second cas chez un garçon de 13 ans, à l'hôpital Tenon, en 1894. Ce petit malade était en traitement dans le service de mon ami le Dr Comby, et on avait pensé d'abord à une fièvre typhoïde, puis à une péritonite tuberculeuse; enfin, l'épanchement abdominal augmentant, M. Comby fit passer le malade en chirurgie dans le service de M. Reynier que je remplaçais.

L'épanchement abdominal était très abondant et le ventre présentait un développement véritablement monstrueux chez cet enfant, petit, chétif et amaigri par une maladie qui remontait déjà à un mois. Et, en effet, à l'incision faite sur la ligne médiane, je retirai 7 à 8 litres de pus, d'apparence phlegmoneuse, mélangé de ces gros paquets de fausses membranes qui semblent déjà presque caractéristiques, de la péritonite à pneumocoques, et, de fait, l'examen microbiologique révèle la présence de pneumocoques purs.

Dans ce cas, la cavité purulente occupait tout l'abdomen; la

main pouvait librement explorer la cavité du petit bassin jusqu'au cul-de-sac rectovésical, les fosses iliaques, les flancs et, en haut, pouvait remonter sous le diaphragme très haut refoulé, jusqu'au niveau de la 3e côte. Mais cependant la péritonite *n'était pas généralisée*, quelle que fût l'étendue de cette cavité purulente; les anses intestinales, en effet, étaient refoulées en arrière et recouvertes, masquées par une nappe de fausses membranes qui les enveloppait comme d'un voile et les isolait du reste de la cavité péritonéale.

Le malade guérit bien après une nouvelle poussée dans la fosse iliaque gauche; il y eut cette fois un foyer plus profond entre les anses intestinales.

Dans un troisième cas, au contraire, j'ai pu observer à l'hôpital Saint-Antoine, en 1895, une péritonite à pneumocoques véritablement généralisée, c'est-à-dire avec épanchement purulent absolument libre dans la cavité abdominale, les anses intestinales flottant dans le pus sans traces d'adhérences.

Le malade, alcoolique, soigné pour une pneumonie dans le service de M. Hanot, présenta des accidents abdominaux caractérisés, surtout par des phénomènes d'occlusion; M. Hanot me demanda de voir le malade avec lui et, après l'avoir examiné très attentivement, nous pensâmes, M. Hanot et moi, qu'il s'agissait d'une péritonite généralisée, peut-être par appendicite, et qu'une intervention immédiate était indiquée.

L'incision de l'abdomen montra qu'il s'agissait bien d'une péritonite généralisée, sans aucune tendance au cloisonnement, mais l'appendice était absolument sain. Le pus était mélangé de paquets de fausses membranes, et dans ce pus on trouva à l'examen du pneumocoque pur.

L'état général s'améliora après l'intervention et, au bout de trois jours, je croyais le malade en bonne voie de guérison; mais, comme je l'ai dit, c'était un alcoolique, toujours très agité et, le matin du quatrième jour, nous le trouvâmes avec son pansement défait et occupé à tirer, par la plaie laissée ouverte pour le drainage, plusieurs anses intestinales. Il succomba deux jours après à une péritonite généralisée.

Si je vous apporte ces observations, c'est parce qu'elles me paraissent bien établir deux formes de la péritonite à pneumocoques : l'une, habituelle, bien connue maintenant, la péritonite limitée, localisée généralement au bassin ou à la région sous-ombilicale, qui peut s'étendre jusqu'à la partie supérieure de l'abdomen, mais tout en restant enkystée; l'autre, péritonite généralisée d'emblée, survenant au cours d'une infection générale à pneumocoques à la suite d'une pneumonie.

M. Chaput. — Une femme de 31 ans, qui avait soigné des malades atteints d'oreillons, entra à l'hôpital Tenon.

Elle fut d'abord soignée comme ayant un début de fièvre typhoïde, puis elle fit une parotidite suppurée. Cette parotidite fut incisée et le pus contenait des staphylococques.

Bientôt un épanchement purulent se produisit dans l'abdomen. Je fis la laparotomie et retirai 3 à 4 litres de pus à streptocoques. La malade mourut le quatrième jour.

Dans ce cas, la péritonite n'avait pas d'abord été généralisée. Localisée d'abord au devant de l'épiploon, elle s'était généralisée ensuite.

M. Richelot. — Pour trancher le différend entre les péritonites très étendues et les péritonites généralisées, je propose de prendre la terminologie suivante : péritonites enkystées et péritonites diffuses.

Je crois que ces mots rendent la pensée plus nette.

La nature de la péritonite dont M. Malapert nous a rapporté l'observation était douteuse; je la croyais tuberculeuse. Mes collègues pensent que c'est une péritonite à pneumocoques, je me rallie à leur opinion.

Rapport.

Fracture simultanée des deux rotules; suture osseuse; guérison, par le Dr Lafourcade (de Bayonne).

Rapport par M. CHAPUT.

Observation résumée. — Le 13 octobre 1896, une dame de 35 ans, fortement obèse, se tord le pied en descendant un escalier. Tandis qu'elle fait effort pour ne pas tomber, elle ressent un craquement osseux dans les deux genoux et tombe.

M. Lafourcade, appelé presque immédiatement, constate une fracture du péroné gauche, et une fracture des deux rotules.

Les deux genoux sont très tuméfiés; de chaque côté, le fragment rotulien supérieur mesure 3 centimètres et demi, le fragment inférieur, 1 centimètre et demi. Les deux fragments sont écartés de 4 centimètres; on constate aussi que les ailerons rotuliens sont largement déchirés.

Deux jours après, M. Lafourcade pratique la suture osseuse. Anesthésie à l'éther; incision transversale courbe tangente au bord supérieur du fragment inférieur. Évacuation des caillots, toilette articulaire, un grand lambeau périostique rabattu sur la tranche du fragment supérieur est relevé et réséqué. L'opérateur enlève à la curette les

caillots infiltrés dans le tissu osseux, puis il pratique la suture avec un seul fil d'argent de 1 millimètre de diamètre. Un surjet de catgut est placé sur les ailerons et sur le périoste prérotulien. L'articulation est drainée à la partie externe. Pansement antiseptique, attelle plâtrée immobilisant le membre.

L'opération est exécutée identiquement sur les deux membres.

Traitement consécutif. — Le drain a été supprimé après quarante-huit heures; les tuteurs enlevés le dixième jour, réunion immédiate. Les attelles plâtrées sont enlevées en même temps.

Le douzième jour, un masseur suédois pratique le massage des muscles de la cuisse; le dix-septième jour, il masse et mobilise l'articulation. Les massages sont continués pendant une vingtaine de jours.

Quels ont été les résultats obtenus ?

Deux mois après l'accident, la malade peut marcher une heure sans béquilles, mais elle ne peut s'en dispenser pour monter et descendre les escaliers.

Trois mois après l'opération, les rotules ne sont pas augmentées de volume, la flexion atteint 50°, la malade se sert de ses béquilles dans les escaliers.

Six mois après l'accident, le genou gauche fléchit au delà de l'angle droit; à droite, la flexion n'atteint pas l'angle droit. La malade monte les escaliers en s'appuyant à la rampe, mais elle les descend correctement, à la façon des adultes.

Réflexions. — J'insisterai d'abord sur la rareté des fractures simultanées de la rotule. M. Berger, dans son excellent article du Dictionnaire de Dechambre n'en signale que 4 cas; pour ma part, je n'en ai pas observé, quoique j'aie vu à peu près 200 fractures de rotule.

Ces fractures simultanées ne peuvent s'expliquer que par une fragilité spéciale du tissu rotulien. Précisément, dans le cas qui nous occupe la malade était obèse et l'on sait la fragilité toute spéciale des os infiltrés de graisse.

Gosselin, d'ailleurs, soutenait qu'il fallait une fragilité spéciale pour expliquer les fractures unilatérales par effort musculaire. Mes expériences de 1895 sont tout à fait confirmatives des idées de Gosselin. J'ai essayé, en effet, d'obtenir des fractures par arrachement sur le cadavre ; à cet effet, j'isolais le tendon du triceps je le fixais solidement dans une pince très puissante reliée à une chaîne qui s'enroulait autour du col du fémur et que je fixais avec un gros clou enfoncé dans le grand trochanter ; je réalisais une flexion brusque à l'aide d'un coup de maillet donné sur la partie inférieure de la jambe. Malgré la vigueur de la prise, je n'ai jamais obtenu de fracture par ce procédé ; j'ai constamment observé le dérapage quand la pince était peu serrée, et l'arrachement du tendon dans le cas contraire.

J'en conclus qu'à l'état normal, en l'absence d'une prédisposition spéciale, il est impossible d'obtenir sur le cadavre des fractures de rotule par arrachement et je remarque encore combien les fractures de rotule des ataxiques, les fractures simultanées ou successives des deux rotules, les fractures récidivantes plaident en faveur de la fragilité prédisposante, de même que le peu d'intensité des efforts nécessaires pour produire les fractures par contraction musculaire.

Les fractures simultanées ont une gravité toute spéciale, car si le mauvais fonctionnement d'un genou constitue une grande gêne, celui des deux genoux constitue une infirmité des plus sérieuses.

En pareil cas, les demi-mesures ne sont pas de mise, il faut d'emblée recourir aux méthodes les plus propres à assurer la restitution *ad integrum*. C'est pour ces motifs que M. Lafourcade a judicieusement proposé et exécuté l'arthrotomie double.

L'opération de M. Lafourcade a été très régulièrement conduite.

On ne peut qu'approuver le tracé de l'incision et la toilette articulaire destinée à évacuer les caillots.

L'auteur a constaté, dans plusieurs opérations, la présence de lambeaux périostiques interposés entre les deux fragments.

Ces lambeaux ont été signalés par Mac Ewen, par Championnière, par Hoffa et par moi-même. J'ai constaté dans mes expériences cadavériques que cette interposition n'avait lieu qu'à partir de 3 centimètres d'écartement entre les fragments. Dans un premier temps la rotule se rompt, puis si la traction continue, les deux fragments s'écartent eu étirant le surtout périostique ; à un certain degré, la résistance du surtout est épuisée et il se déchire ; c'est alors que ses lambeaux se rabattent sur les fragments et s'opposent ainsi d'une manière absolue à la consolidation osseuse de la fracture.

Il est intéressant de savoir qu'avec un écartement de moins de 2 centimètres la consolidation osseuse reste possible, tandis qu'elle ne l'est plus avec un écart plus considérable.

M. Lafourcade a bien fait de passer un gros fil d'argent, cette précaution lui évitera la rupture du fil observée par d'autres auteurs. Ordinairement, deux fils au moins sont nécessaires, mais je ne doute pas qu'un seul fil ne puisse suffire dans certains cas particulièrement favorables.

L'observation ne dit pas si le fil a été passé de manière à respecter le cartilage, mais il est probable qu'il en a été ainsi et, de fait, c'est la meilleure façon de procéder.

J'approuve tout à fait la suture des ailerons et le surjet périostique.

Les ailerons sont un agent important de transmission de force

entre le triceps et le tibia ; d'autre part la suture périostique rétablit plus complètement la continuité de l'appareil rotulien et sépare efficacement le foyer articulaire du foyer sous-cutané qui peut, dans certains cas, suppurer isolément.

Le drainage articulaire me paraît moins rationnel, puisqu'il rétablit la communication entre les deux foyers en question.

Cette pratique me paraît inutile d'une manière générale, sauf dans deux cas : 1° lorsqu'on opère dans des conditions d'asepsie douteuse ; 2° lorsqu'on a affaire à une plaie profonde qu'on ne peut effacer par des sutures et dans laquelle s'accumuleront du sang et de la sérosité qui facilitent l'infection.

En dehors de ces deux cas spéciaux la réunion sans drainage me paraît l'idéal.

Dans l'espèce les conditions précédentes faisaient défaut et, de plus, l'articulation parfaitement saine n'avait nul besoin d'être drainée, car les manœuvres se font plutôt hors de l'article que dans son intérieur.

A la place de M. Lafourcade je n'aurais mis aucun drain et si, pour des raisons spéciales, j'avais cru devoir en mettre un, je l'aurais placé seulement sous la peau et non dans l'articulation. Faut-il, avec M. Championnière, blâmer les massages qui ont été commencés le douzième jour ? Je pense que non et je serais très aise pour ma part d'entendre développer par notre cher maître les raisons pour lesquelles il rejette le massage et les mouvements dans la convalescence des fractures de rotule opérées chirurgicalement.

Je comprends qu'on reproche au massage articulaire de faciliter la perforation de la peau par le fil d'argent, parfois insuffisamment enterré dans les tissus ; mais je ne vois pas qu'on puisse lui faire d'autre reproche.

J'admets et je recommande le massage des muscles de la cuisse, et j'admets aussi le massage de l'articulation elle-même quand les fils de suture ne font aucune saillie appréciable à travers la peau.

Je recommande aussi les mouvements passifs, mais à la condition qu'ils soient exécutés par le malade lui-même. Celui-ci, étant assis dans son lit, soulève son genou avec ses deux mains ; de cette façon, les mouvements ne provoquent pas de douleur et ne sauraient rompre le cal.

Je fais commencer mouvements et massage à partir du 20e jour.

Les résultats fonctionnels obtenus par M. Lafourcade n'ont pas été absolument parfaits, puisque la flexion n'atteignait que 50° après trois mois, et qu'après six mois un des genoux ne fléchissait pas tout à fait à 90°.

J'attribue le résultat à l'arthrite sèche, très fréquente après les

traumatismes du genou, surtout chez les arthritiques et les obèses.

Dans certains cas, la raideur est occasionnée par des caillots qu'on a laissés dans le cul-de-sac sous-tricipital ; aussi faut-il avec soin évacuer spécialement le diverticule.

Je voudrais dire encore quelques mots des procédés de réunion des fragments rotuliens. Je n'ai pas de critiques spéciales à opposer à la suture osseuse, pas plus qu'au cerclage de la rotule préconisé par le professeur Berger et employé par notre collègue Lejars ; ces opérations sont bonnes et rationnelles ; elles n'ont, selon moi, que le tort d'être inutiles.

Je soutiens, en effet, que la réunion est aussi satisfaisante quand on emploie la simple suture fibreuse, celle des ailerons et celle du périoste prérotulien. Quand on a fait cette suture, on a la notion bien nette que la coaptation des fragments est parfaitement assurée ; dans ces conditions, il suffit d'attendre dans l'immobilité la consolidation osseuse ou fibreuse.

J'ai conseillé le procédé pour la première fois en 1891 (*Semaine médicale*). M. Périer a utilisé ensuite ce procédé qu'il a légèrement modifié sous le nom de suture en lacet, dans la thèse de Gilis de 1893. Cet auteur rapporte dans son travail huit observations de suture périostique suivies de résultats excellents.

De mon côté, j'ai pratiqué cinq sutures périostiques pour des fractures récentes, avec cinq résultats parfaits. J'aurai, d'ailleurs, l'honneur de vous présenter un de ces malades à la prochaine séance.

Je ferai cependant une réserve à l'emploi de la suture périostique ; il est évident que la suture osseuse reste la seule opération possible pour les fractures anciennes, parce que la coaptation des fragments est, en général, difficile à obtenir et qu'on est obligé d'utiliser une forte traction pour la réaliser.

L'arthrotomie constitue, à l'heure actuelle, le traitement idéal des fractures récentes de la rotule. Les anciens appareils sont totalement tombés dans l'oubli ; les massages, recommandés par Tilanus, ne donnent de bons résultats qu'avec des écartements minimes.

Les méthodes sous-cutanées de Kocher, Volkmann, ne sauraient nous donner satisfaction, puisqu'elles ne permettent en aucune façon de supprimer les obstacles à la consolidation, c'est-à-dire les caillots et les interpositions fibreuses.

La griffe de Malgaigne, modifiée par Duplay, est un excellent instrument de coaptation, mais elle ne supprime pas non plus les caillots ni les lambeaux fibreux. Elle a, en outre, l'inconvénient de créer des plaies difficiles à maintenir aseptiques.

Seule, l'arthrotomie permet d'évacuer l'articulation, de relever

les lambeaux fibreux et de coapter et maintenir en contact les fragments osseux, c'est la seule méthode parfaitement satisfaisante, à la condition qu'elle soit exécutée d'une manière rigoureusement aseptique. Nous devons donc remercier les créateurs de cette opération, Cameron, Lister et M. Championnière, qui ont créé l'opération qu'ont vulgarisée parmi nous les travaux de Diverneresse, Jalaguier, Coriton, Berger, Lejars, Gilis, pour ne citer que les plus importants.

Présentations de malades.

M. Nélaton. — Je présente un malade atteint de fistule de l'angle interne de l'orbite, consécutive à une suppuration du sinus frontal.

Ce sinus suppuré avait été ouvert et drainé il y a six mois, mais malheureusement le drain était tombé dans la cavité du sinus. Une opération faite à Constantinople pour enlever le drain n'avait donné aucun résultat. Lorsque je vis le malade, il avait, à l'angle interne de l'orbite, au-dessous du sourcil, un petit pertuis admettant un stylet par lequel suintaient tous les jours quelques gouttes de pus. Le stylet pénétrait dans le sinus. Je fis une incision parallèle au sourcil et dans le sourcil ; je dégageai la face antérieure du sinus frontal, avec la gouge et le maillet j'effondrai cette paroi antérieure et je tombai dans la cavité du sinus qui était remplie de pus et de fongosités, je détachai ces fongosités ; avec la curette et, en faisant cela, je trouvai le petit drain qui était resté dans le sinus. Lorsque la cavité du sinus fut bien nettoyée, j'enlevai, avec le ciseau, le plancher du sinus de telle façon que cette cavité, privée maintenant de ses parois antérieure et inférieure, fut réduite à une surface plane. Avec un foret, je rétablis la communication entre cette surface et les fosses nasales et, dans le trajet ainsi créé, je fis passer un drain ; l'extrémité de ce drain affleurait à l'extrémité interne du sinus détruit, son autre extrémité sortait par le nez. Puis les parties molles furent suturées et la réunion par première intention se produisit.

Je crois que ce procédé, qui est celui de Péan, et qui consiste à transformer la cavité du sinus en une surface plane en détruisant ses parois antérieures et inférieures, est préférable aux autres procédés.

Discussion.

M. Peyrot. — J'ai guéri un malade atteint de sinusite frontale suppurée en faisant largement communiquer le sinus avec les fosses nasales.

M. Routier. — Le procédé employé par M. Nélaton n'est pas de Péan, mais d'un auteur allemand.

M. Albarran présente une malade chez laquelle il a pratiqué le cathétérisme cystoscopique des uretères (M. Pozzi, rapporteur).

Lecture.

M. Mignot lit un travail intitulé: *Formation expérimentale de calculs biliaires par infection de la vésicule.*

Au cours de la séance, M. Lucas Championnière a été nommé membre honoraire par 22 voix sur 22 votants.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

Nélaton.

Séance du 26 mai 1897.

Présidence de M. Delens.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos de la correspondance

M. Richelot dépose une observation de M. Lafourcade (de Bayonne), intitulée : *Péritonite purulente ; laparotomie* ; *guérison.*

M. Michaux présente une observation de M. Vaslin (d'Angers), intitulée : *Cancer élevé du rectum ; résection par la voie abdominale ; entérorraphie circulaire ; guérison.*

M. Brun, au nom de M. Civel, présente une pièce et lit une observation de mal de Pott lombaire, traité par le redressement brusque.

Communication.

Deux cas d'ostéomyélite avec nécroses étendues du maxillaire inférieur consécutive à la carie dentaire chez des enfants,

Par le Dr J. REBOUL, membre correspondant de la Société de chirurgie, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Nîmes.

Les faits intéressants d'ostéomyélite du maxillaire inférieur consécutive à la carie dentaire, rapportés par MM. Moty et Routier dans la dernière séance de la Société de chirurgie, m'engagent à vous communiquer les deux cas suivants observés chez des enfants. Dans ces deux cas, la carie dentaire, seule cause apparente, a déterminé une ostéomyélite diffuse du maxillaire inférieur avec nécroses étendues.

Obs. I. — Le 1er mai 1896, en reprenant mon service à l'Hôtel-Dieu de Nîmes, je vois une enfant de 6 ans, M..., Madeleine, qui était entrée à l'hôpital le 25 mars pour une fistule du maxillaire inférieur droit.

Vers l'âge de 4 ans, après une rougeole, cette enfant a eu une otite suppurée double. Bonne santé habituelle.

En février 1896, la mère de l'enfant constate un gonflement de la joue droite et une carie des molaires inférieures droites. Un abcès dentaire se forme d'abord sur la gencive, puis, sur le bord inférieur de la mâchoire, près de l'angle du maxillaire où une fistule s'établit.

Le Dr de Parades qui donna ses soins à l'enfant lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu, fut amené, au cours d'une opération dirigée contre cette fistule dentaire, à extraire sans difficulté un séquestre formé de la partie postérieure de la branche montante du maxillaire et du condyle.

Le 1er mai 1896, lors de mon premier examen, je constatai que le corps du maxillaire inférieur droit était augmenté de volume, que la fistule de l'angle de la mâchoire était fermée et à l'exploration buccale je vis et je sentis, suivant le bord alvéolaire, un séquestre formé de tout le corps du maxillaire, séquestre paraissant s'arrêter en avant à la symphyse et se continuer en arrière avec la branche montante. Ce séquestre, quoique mobile, était encastré dans une gouttière incomplète ouverte en haut et en dehors et formée par une nouvelle production osseuse sous-périostique.

Opération le 5 mai, avec l'aide de mes internes, MM. Fosse et Héraut. — L'enfant étant anesthésiée au chloroforme, je cherche à extraire le séquestre par la voie buccale, mais ne puis y parvenir. Je fais alors sur le bord inférieur de la mâchoire et dans toute sa longueur,

une incision profonde. J'arrive ainsi sur la face externe du maxillaire nécrosé; avec quelques coups de gouge ou de rugine, je libère le séquestre de la gouttière osseuse qui l'engainait en bas et en dedans je puis alors facilement le retirer en entier. Après un nettoyage de la cavité osseuse à la curette et à la rugine, j'établis un drainage à la gaze imbibée de naphtol camphré et je réduis par quelques points de suture l'étendue de mon incision. Il reste du côté droit du maxillaire inférieur un tractus osseux pourvu de périoste qui me paraît suffisant pour la production d'un os nouveau.

Le séquestre (*fig.* 1) comprend tout le corps du maxillaire inférieur droit, depuis la symphyse jusqu'à la branche montante, échancrure sigmoïde et apophyse coronoïde comprises. (La partie postéro-inférieure

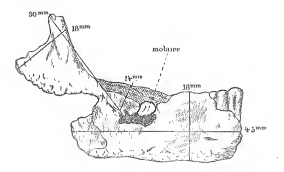


Fig. 1. — Nécrose du maxillaire inférieur droit. Ostéomyélite consécutive à des caries dentaires.

de l'apophyse montante et le condyle avaient déjà été extraits. Cette première pièce a été égarée.) Dans la partie postérieure du rebord alvéolaire du séquestre on voit une molaire intacte, en partie recouverte par la base antérieure de l'apophyse montante. Ce séquestre a les dimensions suivantes : corps du maxillaire, longueur 45 millimètres, hauteur 18 millimètres, épaisseur maxima, au niveau de la molaire, 14 millimètres; la branche montante a une hauteur de 3 centimètres du bord alvéolaire au sommet de l'apophyse coronoïde et 18 millimètres de largeur au niveau de l'échancrure sigmoïde.

Les suites opératoires furent très simples. En août, la cavité osseuse était à peu près comblée, la fistule cutanée fermée, l'état général parfait.

Actuellement (25 mai 1897) cette enfant jouit d'une santé parfaite. Le corps du maxillaire inférieur droit s'est reproduit ainsi que l'angle, le condyle et l'apophyse coronoïde. Sur le bord alvéolaire de l'os, on voit la première incisive en évolution; la deuxième incisive, la canine et la première molaire sont complètement développées, de forme et de volume normaux.

Obs. II. — Le 26 novembre 1896, j'étais appelé par mon excellent confrère, le Dr Amblard, de Manduel, pour une enfant de 3 ans 1/2,

M... Marie qui, depuis quelques jours présentait les signes d'une périostite phlegmoneuse du maxillaire inférieur gauche.

D'une bonne santé habituelle, cette enfant avait commencé à souffrir des dents au commencement de novembre. Le Dr Amblard appelé quelques jours après, constata une carie des deux molaires inférieures gauches et vit évoluer un abcès dentaire qui, ouvert, donna lieu à une suppuration abondante et continue. En même temps, le maxillaire et la région correspondante se tuméfiaient, Le 25 novembre, l'entant eut une fièvre intense et des convulsions.

Lors de mon examen, le 26 novembre, la région maxillaire gauche était tuméfiée, rouge, indurée, douloureuse à la pression; le corps du maxillaire était augmenté de volume. A l'examen buccal, je constatai la carie des deux molaires, l'abcès dentaire ouvert sur le bord gingival, et sur la face externe de l'os, et l'exploration au toucher et au stylet me permit de constater un séquestre inclus dans le maxillaire.

Ce sequestre ne me paraissant pas mobile, je me bornai à faire une incision profonde suivant le bord inférieur du maxillaire au point maximum de la tuméfaction et de l'induration. Il s'écoula quelques gouttes de pus. J'établis un drainage et prescrivis des lavages antiseptiques fréquents de la bouche et des abcès.

Le séquestre n'étant pas encore en voie d'élimination, je remis à une date ultérieure l'intervention qui me paraissait être indiquée et confiai la surveillance de l'enfant à mon confrère.

Le 15 février 1897, l'enfant m'est amené. Je constate que le sequestre inclus dans le maxillaire est mobile, qu'il paraît limité et semble avoir de 3 à 4 centimètres de longueur. On voit et on sent le bord supérieur du séquestre sur le bord alvéolaire, les molaires cariées sont tombées; la suppuration est abondante et infecte malgré les lavages fréquents et consciencieux qui sont pratiqués.

Opération le 20 février 1897, à Nîmes, à la maison de santé des Religieuses Franciscaines, avec l'aide du Dr Amblard et de mes internes, MM. Fosse et Lafon. — Anesthésie au chloroforme. Une partie de la surface du sequestre étant libre sur le bord alvéolaire et la face externe du maxillaire, je cherche à l'extraire par la bouche mais ne puis y parvenir; quoique mobile, il est fixé profondément. Je fais alors une incision suivant le bord inférieur du maxillaire. Après section de l'artère faciale, j'arrive sur la face externe de l'os qui est augmenté de volume. Le séquestre apparaît à la partie supérieure, tandis que l'os sain forme une gouttière inférieure et interne. Le périoste incisé et récliné, je dois faire sauter à la gouge et au maillet une partie de la face externe du maxillaire afin de découvrir et libérer le sequestre.

Je curette ensuite soigneusement la cavité osseuse qui contenait le sequestre, la régularise et établit un drainage à la gaze imbibée de naphtol camphré allant de la gouttière maxillaire à la plaie sus-hyoïdienne dont je diminue l'etendue par quelques points de suture.

Le sequestre (*fig. 2*) est formé d'une lame de tissu éburné avec des stries irrégulières à la surface; il représente la face externe du maxil-

laire avec des nids alvéolaires; il a une longueur de 34 millimètres, une hauteur de 20 millimètres et une épaisseur maxima de 6 millimètres.

Suites absolument normales. En avril, la cavité ossseuse commence à se combler; l'enfant est ramené chez ses parents où le Dr Amblard lui donne les soins nécessaires.

Actuellement (25 mai 1897) l'enfant a recouvré sa santé. Le corps du maxillaire paraît se régénérer, on voit la première molaire en évolu-

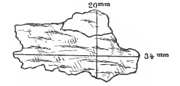


Fig. 2. — Nécrose du maxillaire inférieur gauche. Ostéomyélite consécutive à une carie dentaire.

tion. A l'union de la branche montante et du corps maxillaire il y a un peu de gonflement, la pression à ce niveau fait sourdre une goutte de pus à la partie postérieure du rebord alvéolaire et l'exploration au stylet permet de constater une petite surface osseuse dénudée qui paraît très limitée.

Ces deux observations d'ostéomyélite avec nécroses étendues du maxillaire inférieur, consécutive à la carie dentaire chez des enfants, montrent combien l'infection de cet os, par le canal dentaire, est à craindre à la suite de lésions en apparence bénignes comme la carie dentaire.

Dans notre premier cas, il s'agissait d'une enfant habitant la ville, d'une bonne santé habituelle. Nous n'avons noté qu'une rougeole deux ans auparavant et une otite suppurée consécutive. C'est au commencement de février que la mère de cette enfant a remarqué la carie dentaire et l'abcès ; en avril, la partie postérieure de la branche montante et le condyle ont été extraits, et, en mai, j'ai retiré un séquestre comprenant tout le corps du maxillaire et la partie antérieure et supérieure de la branche montante. Dans le cours de l'évolution de cette ostéomyélite, il n'y a pas eu de phénomènes généraux, la maladie a évolué silencieusement, sans réaction, et cependant les lésions nécrotiques étaient très étendues. Après l'extraction des séquestres, la régénération osseuse a évolué régulièrement et actuellement le maxillaire inférieur droit est reproduit, le nouvel os supporte deux incisives, une canine et une première molaire développées ou en évolution.

Dans mon second cas, il s'agissait d'une petite fille habitant la campagne et ayant toujours joui d'une santé parfaite. Presque dès le début de l'affection, il y a eu infection générale se manifestant

par de la fièvre, un amaigrissement de l'enfant et des convulsions. Lorsque je vis cette petite fille pour la première fois, en novembre 1896, il y avait un gonflement considérable du corps du maxillaire et un abcès sous-périostique ; le séquestre était apparent à l'exploration buccale, mais n'était pas mobile. Pour parer aux accidents immédiats et essayer de limiter les lésions, je fis une profonde incision sur le bord inférieur du maxillaire, évacuant ainsi le pus sous-périostique, et j'établis un drainage. Le séquestre n'étant pas isolé et les lésions ne me paraissant pas encore limitées, je préférai attendre pour intervenir plus activement et aller à la recherche de l'os nécrosé et confiai la malade aux soins du Dr Amblard. Deux mois et demi après, le séquestre nous paraissant mobile et les lésions limitées, nous décidâmes l'opération et nous pûmes facilement, après évidement de la face externe du maxillaire, extraire le séquestre. Depuis lors, l'enfant a repris sa santé première ; la cavité osseuse est à peu près comblée aujourd'hui. Il persiste cependant un petit foyer de suppuration à la partie postérieure du bord alvéolaire, suppuration provoquée par un petit séquestre en voie d'élimination.

Ces deux cas d'ostéomyélite du maxillaire inférieur, ostéomyélite consécutive à la carie dentaire, sont à rapprocher de ceux communiqués par MM. Moty et Routier dans la séance du 19 mai de la Société de chirurgie.

Ils montrent, en outre, combien cette variété d'ostéomyélite peut évoluer rapidement, avec ou sans symptômes généraux, et entraîner des nécroses étendues chez les enfants.

Notre premier cas est de plus remarquable par la régénération totale de l'os qui s'est produite et l'évolution normale des dents (incisives, canine, 1re molaire), et cependant le maxillaire droit en entier (corps, branche montante) avait été détruit par nécrose et extrait.

L'état de la bouche des enfants doit être l'objet d'une surveillance attentive ; les banales caries dentaires doivent être soignées dès le début.

Avec ces précautions, on pourra quelquefois éviter des lésions aussi étendues et aussi graves des maxillaires, survenant à la suite d'une simple carie dentaire que des soins hygiéniques auraient peut-être pu prévenir.

Discussion sur le traitement de la coxalgie.

M. E. Kirmisson. — Je ne saurais trop remercier notre collègue M. Ménard (de Berck) d'avoir soulevé ici, il a quelques semaines,

la grande question de la méthode conservatrice appliquée au traitement de la coxalgie de l'enfance. Il n'y a pas de sujet qui me tienne plus à cœur; aussi vous demanderai-je la permission d'élargir le débat. Dans sa communication, M. Ménard n'a visé que le traitement des abcès de la coxalgie par les injections modificatrices. Je m'occuperai de la méthode conservatrice appliquée aux différentes périodes de la coxalgie.

Nulle part, mieux que chez l'enfant, la méthode conservatrice ne trouve son application dans le traitement de la tuberculose. Souvent, en effet, à cette période de la vie, la tuberculose chirurgicale montre une tendance manifeste à la guérison spontanée, ou du moins sous l'influence des traitements les plus simples et les plus anodins.

Ici, d'ailleurs, la durée du traitement a beaucoup moins d'importance que chez l'adulte. On comprend qu'un père de famille chargé d'enfants préfère à un long traitement par la méthode conservatrice une opération radicale, résection ou même amputation suivant les cas, qui lui permettra de reprendre rapidement son travail et de subvenir aux besoins des siens. Pareille considération ne saurait être invoquée chez l'enfant, et ici la méthode conservatrice a d'autant plus de valeur qu'en général les enfants supportent admirablement bien l'immobilisation qui constitue la base essentielle du traitement.

Pour ce qui est de la coxalgie, les indications de la méthode conservatrice doivent être étudiées à trois périodes de la maladie :

1° Dans la coxalgie non suppurée ;

2° Dans la coxalgie avec abcès ;

3° Dans la coxalgie avec fistules.

a) *Coxalgie non suppurée.* — Au début de la maladie, le choix est à faire entre deux grandes méthodes, l'extension continue et l'immobilisation pure et simple au moyen des appareils.

Pour ma part, je donne sans hésiter la préférence à l'immobilisation pure et simple. On la réalise très facilement au moyen d'un appareil plâtré embrassant la cuisse et le bassin. Ainsi immobilisés, les enfants n'éprouvent aucune douleur ; ils peuvent se retourner dans leur lit, ils peuvent faire agir les membres supérieurs, la jambe et la cuisse du côté opposé, et ainsi compenser, dans une certaine mesure, ce que l'immobilisation a de défavorable au maintien de la santé générale. Rien n'est plus facile que de les soulever sur les bras et de les déposer dans des voitures longues, à l'aide desquelles on les promène et on les fait vivre toute la journée au grand air.

Il faut bien, du reste, le remarquer, il y a un véritable antago-

nisme entre l'immobilisation rigoureuse et l'extension continue. Rien n'est plus illogique que d'exercer de la tension continue sur un membre préalablement immobilisé au moyen d'un appareil plâtré. On ne saurait, dans ces conditions, obtenir l'abaissement de la tête fémorale. Le seul résultat serait de sectionner les parties molles sur le bord supérieur de la portion fémorale de l'appareil plâtré. Si donc on veut avoir une extension efficace, force est de renoncer à l'immobilisation rigoureuse que donnent seuls les appareils plâtrés. Les enfants sont fixés dans des gouttières ou sur des planches semblables à celle qu'on emploie dans l'appareil de Lannelongue. Dans ces conditions, les enfants sont presque complètement privés de tout mouvement; il est beaucoup moins facile de les transporter pour les promener. Dans un certain nombre de cas, malgré les précautions prises, les lacs de l'appareil se desserrent et, en dépit de la fixation de la cuisse par les poids, on voit se produire des déformations qui tiennent à l'inclinaison du bassin sur la cuisse. Déjà, nombre de fois, j'ai vu des malades, précédemment traités par l'extension continue, se présenter à moi avec des attitudes vicieuses du membre dans lesquelles la flexion est le plus souvent combinée à un notable degré d'adduction.

Pour toutes ces raisons, je rejette dans le traitement de la coxalgie au début l'extension continue pour donner la préférence à l'immobilisation rigoureuse que procure l'emploi des appareils plâtrés. Mais une question fort importante, c'est celle de l'attitude qu'il convient de donner au membre. Autrefois, je me contentais de placer le membre dans la rectitude, cest-à-dire dans une position intermédiaire à l'abduction et à l'adduction, de sorte qu'une verticale abaissée de l'épine iliaque antérieure et supérieure vînt couper par leur partie moyenne la rotule et l'articulation tibio-tarsienne. Depuis quelques années, j'ai appliqué à la coxalgie le principe qui nous guide dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche, c'est-à-dire que je place le membre malade dans une position moyenne d'abduction, suivant un angle de 25 à 30° par exemple. Qu'on y réfléchisse, en effet, et l'on se convaincra bientôt que l'adduction, c'est-à-dire la position que tend à prendre normalement la cuisse sur le bassin dans la coxalgie, constitue la source de tous les maux. Grâce à l'adduction, en effet, il y a usure réciproque de la tête et de la partie postérieure et supérieure du bourrelet cotyloïdien; ainsi se produit la subluxation dans la fosse iliaque externe et quelquefois même la luxation soudaine, comparable à la luxation traumatique. Si, dans cette attitude, la suppuration vient à se produire, les dangers inhérents à la présence du pus se compliquent encore de la nécessité du redressement. Plus tard, quand la coxalgie est guérie, l'adduction détermine une infir-

mité des plus pénibles; en effet, la nécessité de ramener les membres au parallélisme pendant la marche et la station, fait que les malades élèvent le bassin du côté atteint, il en résulte un raccourcissement et une torsion du bassin qui rendent extrêmement pénible la fonction. En ayant soin de maintenir le membre dans une position moyenne d'abduction, tous ces dangers sont évités; il y a un emboîtement exact des surfaces articulaires qui s'oppose à l'usure réciproque des extrémités osseuses et à la production des luxations; et, si même la suppuration vient à se montrer, du moins n'aura-t-on pas à se préoccuper de la nécessité d'un redressement.

Si nous insistons sur ce dernier point, c'est que nous considérons comme sérieux le pronostic du redressement forcé dans le traitement de la coxalgie ancienne. Au début de notre séjour aux Enfants-Assistés, nous avons pratiqué sans crainte le redressement forcé; mais aujourd'hui après une pratique de huit années environ, nous sommes bien obligés de modifier nos opinions à cet égard, puisque, sur un total de 27 redressements forcés pratiqués dans notre service, nous avons observé 5 morts par méningite tuberculeuse survenues dans un délai de un à trois mois après l'opération. Force est bien de voir là autre chose qu'une pure coïncidence, et de rechercher les conditions qui donnent naissance à cette terrible complication. Le fait n'avait pas échappé à notre maître M. Verneuil, lorsqu'il insistait sur les dangers du traumatisme pour produire les complications méningitiques chez les tuberculeux. Ce n'est pas du reste le traumatisme, sorte d'entité particulière, qu'il faut incriminer; la preuve en est qu'à la suite de l'ostéotomie sous-trochantérienne, nous n'avons jamais observé de méningite. Le redressement forcé exerce ici une action toute spéciale; il faut tenir compte en effet du broiement de la matière tuberculeuse qui est bien de nature à réaliser des inoculations, de tout point comparables à celles que nous faisons pour les animaux. Un fait que nous avons observé dernièrement montre bien la possibilité de semblables accidents. Nous faisons dans notre service le redressement d'une coxalgie gauche immobilisée dans la flexion jointe à l'adduction, chez nne fillette d'une dizaine d'années, et pour cela, nous avions recours à la section à ciel ouvert du tenseur du *fascia latæ*. Or, à peine le muscle avait-il été sectionné que nous voyons fuser sous le bistouri de la matière caséeuse, absolument comme les couleurs s'échappent sous la pression du doigt des petites boîtes métalliques qui les renferment; il s'en écoula ainsi deux cuillerées à bouche environ. On comprend quel danger nous aurions fait courir à notre malade, si, par un redressement forcé, nous avions réalisé le broiement de cette matière tuberculeuse. Il faut sans doute tenir compte également de l'augmentation de la tension

dans l'intérieur de l'articulation; en passant de la flexion à l'extension, on diminue l'amplitude de la cavité articulaire, comme l'ont montré les exqériences de Bonnet (de Lyon), la tension s'élève dans l'articulation, et favorise encore l'absorption des produits contenus.

Pour toutes ces raisons, l'emploi de la force dans le redressement des coxalgies anciennes me semble toujours dangereux; pour l'éviter autant que possible, j'ai recours aux ténotomies à ciel ouvert et aussi à l'extension continue qui, dans le cas des coxalgies anciennes, me semble reprendre tous ses droits. Parfois l'extension, à elle seule, suffira pour réaliser le redressement ou du moins, elle aura tellement facilité les choses, qu'il suffira de l'emploi d'une force minime aidée du chloroforme pour remettre le membre dans une bonne position.

b) Coxalgies avec abcès. — Je suis tout à fait d'accord avec M. Ménard pour donner ici la préférence aux ponctions suivies d'injections modificatrices sur tous les autres modes de traitement, incision, curettage, drainage, etc. Mais il est deux points sur lesquels je m'écarte de notre collègue de Berck, M. Ménard parle, dans sa communication, de la nécessité de 2 à 10 injections faites à des intervalles de dix à quinze jours. Il emploie, pour ces injections, le naphtol camphré. Pour moi, après avoir essayé le naphtol camphré et la glycérine iodoformée, je suis revenu à l'éther iodoformé conseillé par Mosetig et par Verneuil, comme ayant une action plus sûre. Et ce qui montre bien la supériorité de l'éther iodoformé, c'est que je ne suis pas obligé de faire comme M. Ménard, de 2 à 10 injections. Habituellement le résultat est obtenu au moyen de 1, 2 ou 3 injections. Il n'est pas non plus nécessaire de répéter ces injections à intervalles trop rapprochés. Il convient de laiser passer trois à quatre semaines avant de juger si la reproduction du liquide rendra nécessaire une nouvelle intervention, et, particularité importante, il n'est nullement indispensable de s'attacher à enlever par la ponction les dernières gouttes de liquide. Sous l'influence de l'iodoforme, celui-ci devient de plus en plus séreux, visqueux, jaunâtre, de moins en moins riche en leucocytes, et il finit par aboutir spontanément à la résorption. Souvent nous avons eu l'occasion d'observer une semblable évolution. Nous en citerons comme exemple une jeune fille atteinte d'arthrite tuberculeuse du genou gauche avec un volumineux abcès communiquant avec l'articulation et remontant jusqu'au tiers supérieur de la cuisse. M. Verneuil et moi, nous fîmes dans cet abcès trois injections d'éther iodoformé, et, quand la malade quitta Paris, il restait encore une petite quantité de liquide dans l'épaisseur de la cuisse.

Je l'ai revue un an après ; elle était complètement guérie ; non seulement toute trace d'abcès avait disparu, mais les mouvements du genou s'étaient rétablis. Dernièrement encore sur une petite malade que je soignais avec notre collègue M. Charles Leroux, je fis, dans un abcès de la fosse iliaque gauche, au cours d'une coxalgie, deux ponctions suivies d'injections d'éther iodoformé ; à la suite de la seconde ponction, il restait encore une certaine quantité de liquide dans la poche ; néanmoins la résorption complète a été obtenue.

Mais, dira-t-on, les injections modificatrices ne réussissent pas toujours. Parfois le liquide se reproduit, les abcès deviennent fistuleux ; ceci nous conduit à l'examen du troisième groupe de faits que nous avons établi, les coxalgies avec fistules.

c) Coxalgies avec fistules.— Ici, non seulement il existe une ou plusieurs fistules autour de l'articulation, mais souvent la situation se complique de l'attitude vicieuse du membre, luxation de la tête dans la fosse iliaque externe, usure réciproque de la tête et de la cavité cotyloïde maintenant le membre dans l'adduction jointe à une flexion plus ou moins considérable. Il semble qu'ici la résection se présente à nous comme l'unique ressource. Eh bien ! même dans ces cas, je crois qu'il faut faire une large place aux opérations parcimonieuses, drainage, tunnellisation osseuse, ignipuncture profonde, qui, dans un très grand nombre de cas suffisent à procurer la guérison. Les résections restent alors comme de rares exceptions. Je sais bien que M. Ménard est aussi partisan des résections limitées, mais il est un mot dans sa communication que je ne saurais accepter, c'est celui de curettage intégral des fongosités. Si l'on veut ainsi s'acharner à la destruction complète de toutes les fongosités, on sera souvent conduit à des opérations fort importantes qui laisseront dans la suite des arrêts de développement fâcheux du membre, et d'ailleurs quelque soin qu'on y mette, souvent quelques fongosités échapperont, le mal continuera, il se formera des fistules, et ces larges opérations n'auront pas été plus curatives que les opérations parcimonieuses, drainage, ignipuncture ou tunnellisation osseuse.

Je ne pense pas, pour ma part, que ce soit aux grandes opérations qu'il faille demander la guérison de la tuberculose osseuse et articulaire chez les enfants, mais plutôt aux bonnes conditions de la santé générale. A cet égard, dans un pays comme la France, qui possède un littoral si considérable, nous ne saurions trop favoriser le développement et la multiplication des stations maritimes auxquels, du reste, tant de bons esprits s'appliquent aujourd'hui. Je suis persuadé, pour ma part, que si les médecins placés à la tête de ces établissements sont imbus des principes de la mé-

thode conservatrice dans le traitement de la tuberculose, ils obtiendront des résultats bien plus beaux et bien plus durables que par les plus brillantes opérations.

M. Reclus. — Je ne veux dire qu'un mot à propos de l'assertion de M. Kirmisson, qui déclare que le traumatisme chez les tuberculeux provoque l'éclosion de la méningite. Cette opinion, autrefois émise par Verneuil, m'avait séduit.

Mais j'ai examiné la question de plus près, j'ai causé de la possibilité de cette complication avec M. Lannelongue et ce dernier m'a déclaré qu'ayant relevé le nombre des méningites développées à la suite d'opérations et celui des méningites développées spontanément chez les petits tuberculeux chroniques qui séjournaient à l'hôpital, il était arrivé au même chiffre des deux côtés.

M. Kirmisson. — Je ne parle que des méningites consécutives au redressement brusque des articulations.

Communication.

Sur le traitement des fractures de la rotule,

Par M. LEJARS.

Notre collègue, M. Chaput, dans son rapport, a insisté sur la rareté de la fracture simultanée des deux rotules ; les faits de ce genre ne sont pourtant pas absolument exceptionnels. J'ai eu l'occasion d'observer et de traiter cette double fracture, il y a un an et demi, chez un camionneur de 31 ans, qui était tombé du haut de sa voiture. Aux deux genoux, distendus par un abondant épanchement sanguin, les deux fragments de la rotule brisés en travers, s'écartaient d'environ trois travers de doigt. Je fis, dans la même séance, des deux côtés, l'arthrotomie, l'évacuation du contenu articulaire et la réunion de la rotule par le cerclage périphérique. Au douzième jour, toute immobilisation fut supprimée et l'on commençait les exercices d'assouplissement. Notre malade a repris depuis longtemps ses durs travaux, auxquels il se livre comme autrefois.

Le cerclage, l'encadrement de la rotule brisée par un gros fil d'argent qui traverse le tendon et le ligament rotulien, et qui est tordu en dehors, nous a semblé de pratique aisée et sûre. Nous l'avons répété chez cinq autres malades, avec un heureux résultat et, sans vouloir l'opposer à la suture, nous croyons pourtant qu'il

présente certaines indications spéciales et qu'il est d'application très utile dans quelques types de fractures.

Ce sont, d'abord, les fractures bas situées, qui siègent près de la pointe de la rotule, en détachent un fragment inférieur tout petit, que le perforateur aurait grande chance de faire éclater. Je citerai, comme exemple, le cas d'un malade de 64 ans, très vigoureux, qui, en tombant de bicyclette, s'était cassé la rotule si près de la pointe qu'on aurait pu songer tout d'abord à un arrachement du ligament rotulien. Une fois le genou ouvert et détergé, la réunion se fit très simplement par le cerclage et les suites fonctionnelles dépassèrent toutes nos espérances : le vingt-cinquième jour, le blessé descendait devant nous son escalier, et, grâce à une musculature puissante, le rétablissement complet fut des plus rapides.

Le cerclage est encore d'emploi très heureux dans les fractures comminutives de la rotule, pour ramener au contour et mettre de niveau une série de fragments irréguliers qui chevauchent les uns sur les autres. Cette indication était fort nette chez un confrère étranger qui s'était brisé en cinq fragments la rotule droite : le cerclage nous permit de les coapter en un bloc compact, solide et de surface régulière.

D'ailleurs, rien n'empêche de combiner le cerclage avec la suture fibro-périostique et, pour notre part, nous avons toujours soin de faire suivre l'application du fil d'argent de la réunion, par un surjet de catgut ou de soie, des tissus fibreux pré et péri-rotuliens.

En somme, le cerclage nous paraît apte à rendre de bons services dans beaucoup de fractures de la rotule ; du reste, le point capital est d'obtenir, par telle ou telle méthode, une réunion solide et durable des fragments, sous la réserve que cette réunion ait été précédée de l'ouverture large de la jointure, de l'évacuation de l'épanchement sanguin, de la détersion exacte de la cavité articulaire et des surfaces fracturées ; l'importance de ce temps préliminaire ne saurait être discutée.

Lecture.

M. Verchère lit une observation intitulée : *Ostéosarcome périostique du tibia.*

Renvoyé à une commission (M. Monod, rapporteur).

Présentations de malades.

M. Walther présente un malade atteint d'arrachement du tendon du triceps à son insertion sur la rotule, traité par la suture métallique et guéri depuis cinq ans.

Le malade que je vous présente s'est fait une fracture de la rotule droite le 8 mars 1890. Après être resté quinze jours chez lui, gardant le repos au lit, il entre à l'hôpital Saint-Antoine où il est traité du 21 mars au 10 avril par l'immobilisation dans un appareil plâtré avec compression ouatée sur le genou.

A sa sortie de l'hôpital, il marche mal, s'aidant d'une canne. La marche devenait chaque jour plus pénible, il entre à la Charité le 30 avril; il est immobilisé dans un appareil plâtré du 1er mai au 1er juin, puis dans un appareil silicaté du 2 au 24 juin. Il quitte alors l'hôpital, marchant assez bien, mais la jambe raide, pouvant à peine faire quelques très légers mouvements de flexion.

Le 23 juillet, il est renversé par un cheval, ressent encore une vive douleur dans le genou malade et se fait transporter à Saint-Antoine, dans le service de M. Monod. On constate alors une fracture de la rotule avec écartement des fragments et gros épanchement sanguin. Immobilisation dans un appareil plâtré, élévation du membre, compression sur le genou.

Ayant été appelé vers le milieu d'août à remplacer M. Monod, je fais enlever à la fin du mois l'appareil plâtré; l'épanchement a disparu, l'écartement persiste, le malade peut à peine lever la jambe et, malgré les massages, la gymnastique, les mouvements, la situation ne s'améliore pas.

La 19 septembre, je fais la suture de la rotule; les fragments étaient écartés de 2 centimètres et demi et à peine reliés l'un à l'autre par un mince cal fibreux effilé à sa partie supérieure. Les fragments sont complètement et assez péniblement libérés des parties fibreuses rétractées qui les brident fortement sur leurs bords. Après très large libération du tendon du triceps et avivement des fragments, je puis arriver à les coapter et la suture est faite avec deux fils d'argent; trois fils de catgut réunissent le périoste et les plans fibreux prérotuliens. Suture de la peau au crin, sans drainage.

Immobilisation dans un appareil plâtré. Suites normales.

Le 17 octobre, 28e jour après l'opération, l'appareil plâtré est enlevé; le malade soulève bien la jambe. Massage, électrisation, mouvements.

En décembre, je revois le malade qui marche bien, sans fatigue; il a fait 18 kilomètres à pied pour venir me voir. Le genou est absolument normal; le triceps a repris toute sa vigueur, le malade soulève du bout du pied, à jambe tendue, un poids de 15 kilogrammes.

Voici maintenant la seconde partie de son histoire :

Le 31 mars 1891, portant sur l'épaule un sac de charbon de 50 kilo-

grammes, il tombe en descendant un escalier, la jambe droite repliée sous lui; il sent une secousse et un craquement dans le genou.

Le 2 avril, il entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de mon maître M. Tillaux, que j'avais alors l'honneur de suppléer. Il y avait un écartement notable des fragments, ou du moins une dépression profonde entre deux saillies dures simulant les fragments.

Je fis l'ouverture large et constatai, non pas une fracture de la rotule, mais bien un arrachement du tendon du triceps.

Je vérifiai au cours de l'opération la consolidation par un vrai cal osseux solide de la fracture ancienne.

Le tendon était désinséré du bord supérieur de la rotule et creusé en cupule. Je fis la suture du tendon à la rotule à l'aide de deux gros fils d'argent.

Les sutures de la peau sont enlevées le 23 avril.

Le 1er mai (22e jour), l'appareil plâtré est enlevé, on commence le massage, l'électrisation du triceps; le malade se lève et marche facilement.

C'est quelques jours plus tard, le 13 mai 1891, que j'ai présenté ce malade à la Société de chirurgie, marchant bien et sans douleur.

Le hasard m'a fait le retrouver à Saint-Antoine, et je vous le présente de nouveau aujourd'hui pour vous permettre de vérifier l'excellence du résultat thérapeutique, et cela plus de six ans après l'opération.

Il y a intérêt, je crois, à signaler les bons résultats donnés par la suture du tendon du triceps à la rotule, d'autant plus que cette opération n'a pas été faite très souvent et que nous n'en connaissons guère les résultats éloignés.

Discussion.

M. Routier. — J'ai eu à soigner un homme de 60 ans qui avait un arrachement du tendon du triceps à son insertion sur la rotule. Je le mis tout simplement dans un appareil plâtré et mon malade guérit fort bien, conservant l'intégrité des mouvements de son membre.

M. Monod. — Je puis rapporter un fait semblable à celui de M. Routier. Chez un homme âgé ayant un arrachement du tendon du triceps, je n'eus recours qu'à l'immobilisation et le malade guérit fort bien.

M. Chaput. — J'ai eu aussi à traiter un cas d'arrachement semblable. Comme M. Walther, j'ai eu recours à la suture, qui me paraît le mode de traitement le plus sûr.

M. Championnière. — Je vous apporterai, dans une des prochaines

séances, une série de faits probants montrant que la suture, telle que l'a faite M. Walther, est de beaucoup le meilleur traitement.

M. Kirmisson. — Un chirurgien italien, dans les cas d'arrachement du tendon rotulien avec grand écartement, détache une partie du tendon du triceps, le rabat au-devant de la rotule et vient le suturer au tendon rotulien.

M. Gérard-Marchant présente un homme opéré depuis cinq ans d'un ostéosarcome du maxillaire.

M. Chaput présente un homme traité par la suture périostique d'une fracture de la rotule.

Discussion.

M. Peyrot. — Je pense qu'il faut se méfier des simples sutures périostiques. Un homme auquel j'avais fait cette opération guérit parfaitement bien. Mais au bout de six mois, il fit un faux pas et se brisa la rotule à nouveau.

M. Périer qui a préconisé la suture périostique a observé un fait du même genre.

Du reste, il ne faut pas croire que pareil accident ne puisse pas se produire quand on fait la suture métallique. Je l'ai observé chez un homme à qui j'avais suturé la rotule avec deux gros fils de 1 millimètre de diamètre. Aussi le cerclage de la rotule est-il peut-être le procédé de choix.

M. Championnière. — Je ne sais pas pourquoi on chercherait à substituer à une bonne opération (la suture métallique), une opération qui ne la vaut pas : quel est l'avantage de la suture périostique ? je ne le vois point. Et je vois l'avantage de la suture métallique, qui est de fournir deux appuis solides à la rotule. Cet os est naturellement un organe faible ; par la suture de la fracture on le renforce par deux bons fils métalliques.

Quant à l'opération en elle-même, je déclare que la suture métallique n'est ni plus longue ni plus difficile que la suture périostique.

M. Reclus. — Je puis rapporter un cas semblable à celui de M. Peyrot. J'avais fait avec un seul fil d'argent la suture de la rotule à un homme qui sortait de l'hôpital le 30e jour après cette opération. Cet homme, dans un effort, provoqua la rupture de son fil. Or, la réunion osseuse n'était pas encore faite, les fragments

s'écartèrent et il fallut recommencer. La morale de ceci est que la suture de la rotule doit être solide, et deux fils valent mieux qu'un pour assurer la solidité des fragments.

M. Chaput. — Je ferai remarquer que, d'après tout ce qui vient de nous être dit, la suture osseuse ne constitue pas une méthode mettant sûrement à l'abri des fractures itératives. A cet égard, elle ne l'emporte donc point sur la suture périostique.

Quant à la suture périostique qui, pour mon compte, me semble fournir une aussi bonne coaptation et une solidité aussi grande, elle me paraît incontestablement beaucoup plus simple à pratiquer et préférable de ce fait.

M. Championnière. — Je conteste l'assertion de M. Chaput et je déclare qu'il est aussi simple de passer des fils d'argent à travers le tissu osseux de la rotule, en se servant d'un perforateur, que de placer une soie en lacet dans les tissus périostiques à l'aide d'une aiguille de Reverdin.

M. Faure présente un malade qu'il a opéré d'un épithélioma du plancher buccal.

M. Guinard présente un malade atteint de déchirure du foie consécutive à un coup de pied de cheval. Laparotomie, guérison.

Présentation d'instruments.

Double valve abdomino-vaginale pour laparotomie.

M. A. Monprofit. — Les progrès considérables accomplis pendant ces dernières années dans la pratique de la laparotomie sont dus certainement pour une bonne part aux divers moyens qui nous permettent maintenant de voir clair dans le fond du petit bassin et d'y opérer avec autant de sécurité que sur tout autre champ opératoire.

La position de Trendelenburg nous a été à ce point de vue d'un grand secours ; la masse intestinale est entraînée par la pesanteur dans la partie supérieure de l'abdomen devenue la plus déclive et abandonne complètement le petit bassin, nous laissant voir clairement la vessie, l'utérus et ses annexes, le cul-de-sac de Douglas.

L'isolement des poches suppurées, la ligature des pédicules, le pincement des artères se fait maintenant avec une clarté parfaite

et une grande facilité, alors qu'autrefois le toucher était souvent notre seul guide, aussi l'hémostase laissait-elle souvent beaucoup à désirer.

L'emploi des écarteurs, des larges valves, modèle Collin, rétractant la paroi abdominale, est encore venu nous permettre d'éclairer d'une façon plus nette un champ opératoire autrefois si obscur.

La large valve de Collin est, à ce point de vue, d'une utilité reconnue par tous les chirurgiens qui savent l'employer.

Elle m'est, pour ma part, toujours d'un grand secours, en particulier dans la seconde partie des hystérectomies abdominales totales. La tumeur est enlevée, il s'agit d'assurer l'hémostase, de fermer le vagin, de suturer le péritoine et de compléter la toilette du petit bassin.

Pendant toute cette partie si importante de l'opération, qui demande tant de soins et d'attention si on veut obtenir une guérison exempte d'alertes et d'à-coups, je fais, comme tous les chirurgiens, maintenir par mon aide la grande valve de Collin dans la partie sus-pubienne de la plaie.

Malheureusement l'aide se fatigue vite, il cède peu à peu, et la valve écarte moins bien, ou encore elle se déplace tout à fait au moment précis où on va mettre une pince ou un fil sur un vaisseau jusque-là difficile à saisir. De là des ennuis, des retards qui font perdre un temps précieux.

D'autre part, le maintien de cette valve immobilise complètement l'une des mains de l'aide, vous n'avez donc plus, pour collaborer avec vous, éponger, tenir la pince hémostatique au moment de la ligature, maintenir la compresse sur l'intestin en cas de vomissement, etc., vous n'avez plus, dis-je, que la moitié d'un aide..., une seule main !

J'ai cherché le moyen de rendre à l'aide ses deux mains libres, en le débarrassant du soin de maintenir la valve, car il ne faut pas songer à la supprimer, c'est elle qui éclaire le fond du pelvis et permet d'y travailler vite et bien !

Après avoir d'abord songé à fixer la valve dans sa situation au moyen de liens qui passeraient au-dessous des cuisses, je me suis arrêté à la disposition suivante qui consiste à prendre point d'appui dans le vagin au-dessous de la symphyse au moyen d'une valve vaginale spéciale.

M. Collin a réalisé mon projet avec son habileté accoutumée.

L'appareil, très simple, se compose de deux pièces ou valves.

1° Une petite pièce ou *valve vaginale*, c'est une petite valve analogue à celle de Sims placée dans le vagin contre la paroi antérieure, et *recourbee sous l'arcade pubienne, de manière à se pro-*

longer jusque sur le mont de Vénus. Cette partie *extra vaginale* et *pré-pubienne* présente un tenon articulaire.

2° Une grande pièce ou *valve abdominale*, c'est une valve de Collin modifiée en ceci :

a) Le manche est relevé de façon à permettre à l'extrémité de la valve vaginale de venir s'articuler au-dessous de lui.

b) Le manche présente quatre orifices qui peuvent recevoir à volonté le crochet au tenon de la valve vaginale selon l'épaisseur des parties molles et les dimensions du sujet.

c) La partie *valve* est profondément excavée et s'adapte exactement à la partie inférieure d'une section abdominale.

Lorsque les deux valves sont accrochées l'une à l'autre, elles sont absolument fixes. Le pubis les maintient en place d'une façon inébranlable. L'écartement de la plaie sus-pubienne est donc assuré de la même manière pendant autant de temps qu'on pourra le désirer.

Devient-il nécessaire d'écarter plus spécialement l'une ou l'autre des lèvres de la plaie abdominale, déclanchez l'articulation, c'est fait en un tour de main et l'aide reprend le manche de la valve abdominale qui peut agir comme la valve ordinaire le faisait.

La valve vaginale reste en place, prête à accrocher la valve abdominale si on a encore besoin de la fixer en bas pour un autre temps de l'opération.

Voilà donc une valve qui tiendra seule et qui rendra absolument libre de ses deux mains l'aide autrefois occupé et fort occupé à la tenir.

J'ai déjà pratiqué plusieurs laparotomies avec ce nouvel appareil et j'ai éprouvé en même temps qu'une facilité et une rapidité plus grandes, un soulagement réel à ne plus voir mon aide fatigué par la traction continuelle sur l'ancienne valve. Inutile de dire que ne faisant plus le métier de rétracteur il fait autre chose, et que sa collaboration devient plus active et plus efficace, ce qui se traduit par un gain notable sur la durée des opérations.

J'ajoute qu'il serait facile de se servir de la valve vaginale pour faire saillir les culs-de-sacs vaginaux, ce qui serait sans doute utile au moment de les ouvrir et aussi au moment de les suturer.

Présentation de pièces.

Hystérectomie vaginale. Utérus bicorne.

M. Routier. — J'ai l'honneur de présenter à la Société un utérus qui a été enlevé par la voie vaginale le 20 mai dernier, et qui m'a paru intéressant à vous montrer parce qu'il est bicorne.

La malade, qui aujourd'hui va très bien, est venue dans mon service pour des hémorrhagies qui se renouvelaient souvent depuis quelques mois ; sa dernière perte durait depuis quinze jours.

Cette femme, âgée de 40 ans, était très maigre, se disait très affaiblie, le col était gros, dur, très fortement évasé, j'ai cru tout d'abord à un cancer du col.

Puis j'ai pensé après des repos au lit et des pansements à la glycérine qu'il s'agissait tout simplement de troubles de la menstruation, mais j'ai trouvé alors à gauche une tumeur dure qu'il était difficile de localiser dans les annexes ou le ligament large.

Une particularité à noter, c'est qu'elle a eu six grossesses et que toujours elle a accouché avant terme, à 6 et 7 mois.

Quand j'ai pratiqué l'hystérectomie, le col était encore très dur, un examen en sera fait.

L'hystéromètre mesurait 7,5 et était très dévié vers la droite de la malade ; la tumeur ronde et dure était à gauche.

J'ai fait comme d'habitude la section médiane, mais il m'a été très difficile de garder la section dans l'axe de la cavité, peu après la section du col, il n'y avait plus rien.

J'ai fini cependant par reprendre le bon chemin en déviant beaucoup vers la droite, mais quand j'ai luxé hors du vagin mes deux moitiés de l'utérus, la moitié gauche était bizarre.

J'ai alors senti une tumeur gauche que j'ai abaissée et qui était un second utérus enté sur le premier dont la cavité cervicale était commune, et qui porte l'insertion de la trompe gauche.

La cavité cervico-utérine était donc en Y et ma première section était tombée sur la jonction des deux cavités des corps utérins.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
NÉLATON.

Séance du 2 juin 1897.

Présidence de M. DELENS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Un mémoire de M. REVERDIN *sur l'ablation du rectum cancéreux.*

M. Tuffier dépose sur le bureau de la Société un travail de M. Begouin, intitulé : *Calculs creux du rein contenant de l'urine modifiée et du pus* (Renvoyé à une commission : M. Tuffier, rapporteur).

A propos de la correspondance.

M. Reverdin. — Dans le courant de l'année dernière (1896), à la suite de diverses constatations que je fis en revoyant d'anciens opérés de cancer du rectum, j'écrivis les réflexions que j'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui. Si j'ai si longtemps tardé à le faire, c'est que j'aurais voulu, pour donner plus de poids à la thèse que j'entends soutenir, pouvoir l'étayer sur des faits, sur des résultats opératoires.

Le cas favorable que j'attendais impatiemment ne s'est présenté que dernièrement, et quoique le malade ait succombé au bout de peu de jours après l'opération, je me sens plus autorisé que précédemment à vous exposer ma manière de voir relative au traitement du cancer du rectum; je le fais d'autant plus volontiers que la question a provoqué d'intéressantes discussions au sein même de la Société et que, depuis que j'écrivais les lignes ci-jointes, j'ai pu lire avec infiniment de plaisir les opinions de distingués confrères : MM. Gaudier, Chalot, Bœckel, ainsi que le rapport si intéressant de M. Quénu.

J'ai constaté avec plaisir que j'avais pensé comme eux, mais que, plus heureux que moi, ils avaient eu la bonne fortune de mettre leur procédé à exécution sur le vivant.

Rien ne ressemble donc moins à une revendication de priorité que les réflexions que j'ai l'honneur de vous soumettre. Mes distingués confrères voudront bien, j'en suis certain, l'entendre ainsi.

L'opération proposée par Kraske était assez séduisante pour expliquer la vogue dont elle jouit depuis quelques années. Il y avait là évidemment, au point de vue du manuel opératoire, un réel progrès sur les méthodes précédentes, et l'espoir qu'elle donnait de pouvoir en quelque sorte rétablir, après ablation du néoplasme, les fonctions rectales, était bien fait pour entraîner le chirurgien. Après quelques années d'expériences nombreuses, il est permis d'examiner si l'opération a tenu ce qu'elle promettait.

Je crois qu'à l'heure actuelle, l'enthousiasme s'est notablement refroidi et que nombre de confrères se demandent, comme moi, s'il n'y a pas mieux à faire.

En effet, plus on lit d'observations, plus on interroge de praticiens, plus on arrive aux conclusions suivantes : *Rares sont les*

cas dans lesquels la récidive tarde beaucoup à paraître, plus rares encore ceux qui guérissent sans fistules persistantes; absolument exceptionnels, enfin, ceux qui permettent de considérer l'intervention comme radicale et surtout comme ayant réellement permis le retour de fonctions PRESQUE *normales.*

Que voit-on généralement se produire à la suite d'un Kraske pratiqué pour une tumeur d'une certaine importance?

Quelques malades meurent pendant l'opération, ou peu après; le plus grand nombre cependant se remettent, mais bientôt des fistules s'établissent, des suppurations interminables menacent sans cesse les tissus voisins; pus et matières sourdent ici et là, et, chose plus grave encore, après une guérison apparente, la récidive se montre, défiant toute nouvelle intervention *raisonnable.*

Il en est certes quelques-uns qui guérissent, mais combien rares!

Quant à l'anus conservé ou reconstitué, il n'est là le plus souvent, il faut l'avouer, que pour la forme, ses fonctions restant la plupart du temps presque illusoires.

Et le rectum réparé, que devient-il?

Constamment irrité par le passage des matières, n'est-il pas le terrain tout préparé de la récidive?

Il est, il est vrai, des cas indiscutables, qui ont donné quelques résultats plus encourageants; mais ces exceptions doivent-elles infirmer la règle et nous autoriser à poursuivre des efforts de conservation, de restauration, dont tant d'insuccès ont déjà démontré tous les dangers?

Pour ma part, je penche vers la négative, tout en reconnaissant que tous les cas ne sauraient être comparés et qu'il en est dans lesquels la remarquable opération que nous nous permettons de critiquer au nom de l'expérience acquise, méritera cependant d'être tentée. Je n'entends donc pas la condamner sans appel, mais la restreindre d'autant plus que le discernement de chirurgiens éclairés lui accorde de jour en jour, avec plus de parcimonie, ses lettres de crédit.

Quelle conduite tenir alors dans les trop nombreux cas qui échappent, suivant moi, à l'intervention sacrée *seule?*

Tel est précisément le point que je me permets de soumettre à vos critiques autorisées.

Je formule brièvement ma manière de voir. *Considérer le rectum cancéreux comme un organe indigne de remplir à l'avenir une fonction quelconque et le supprimer d'autorité en l'extirpant comme une tumeur maligne aussi largement que possible.*

Mais avant de décrire le procédé que je crois le meilleur pour atteindre ce résultat, qu'il me soit permis de jeter un coup d'œil sur la conduite de nos prédécesseurs en face du cancer rectal.

N'osant guère l'attaquer directement, ne possédant pas la sécurité que nous a donné l'antisepsie, ils s'appliquaient avant tout à conjurer les symptômes toujours menaçants de l'obstruction. L'anus artificiel rendit entre leurs mains de nombreux services, soit qu'il portât remède à des accidents aigus, soit qu'abolissant le passage des matières à travers le conduit dégénéré, il supprimât en partie l'élément douleur comme aussi l'action irritante qui ne peut que précipiter la marche offensive du néoplasme. On a vu et on verra encore nombre de malades mener une vie moins cruelle après l'établissement d'un bon anus artificiel, qu'à la suite d'une opération de Kraske, et quant à la survie, je suis tenté de croire que l'ancienne manière aurait peu à perdre d'une comparaison impartiale avec la nouvelle.

Mais arrivons au procédé.

Inciser le flanc gauche assez largement pour permettre d'attirer facilement l'S iliaque au dehors.

Placer sur la partie la plus inférieure de l'anse herniée, une ligature de soie, et au-dessus de celle-ci, deux pinces qui compriment l'intestin. Section entre les deux pinces.

Le bout inférieur lié reste donc retenu par une pince dans l'angle inférieur de la plaie. Sa surface de section est soigneusement désinfectée et entourée d'une compresse, tandis qu'on va s'occuper du bout supérieur.

Ce bout est attiré le plus au dehors que possible, puis fixé par des sutures dans l'angle supérieur de la plaie. Ces sutures adosseront la séreuse intestinale à la séreuse pariétale, tandis que d'autres fixeront encore la séreuse intestinale aux muscles et à la peau, de façon à préparer pour plus tard un orifice anal de quelque hauteur.

Ajoutons que ces sutures ne porteront point au voisinage immédiat de la surface de section de l'intestin, mais à 12 ou 15 centimètres plus haut, de telle sorte qu'une fois achevées, un bout libre d'intestin de pareille longueur pende en dehors de la plaie. On sera assuré d'éviter ainsi toute souillure du péritoine par les matières fécales. Mais pour accroître encore cette sécurité, on placera dans ce bout libre un cylindre de verre creux, long de 5 à 6 centimètres et large de $2^{mm},5$ à 3 millimètres. Sur sa face externe est ménagée une dépression; c'est à ce niveau qu'une forte ligature fixera l'intestin.

Les matières fécales s'écouleront facilement par ce tube et, afin de les conduire plus sûrement et le plus loin possible au dehors, on coiffera encore le tout d'un long manchon de caoutchouc très mince, très léger, lié, lui aussi, sur la gorge du cylindre et dont l'extrémité inférieure baignera dans un bassin placé au pied du lit destiné à recevoir les matières fécales.

De la sorte, aucune contamination due au bout supérieur ne sera possible durant les manœuvres qui vont suivre sur le bout inférieur.

L'idée d'éloigner de la plaie abdominale les matières fécales m'a été suggérée par un travail publié dans les *Annales de la Société belge de chirurgie*, n° 3, et signé Dr Desguin.

Dans ce travail, intitulé : *Nouveau procédé d'entérostomie*, notre ingénieux confrère propose, lorsqu'il s'agit d'établir un anus contre nature sur l'intestin grêle, d'attirer 10 à 15 centimètres de celui-ci; de placer sur chaque bout au ras de la peau une pince ou une ligature provisoire, de sectionner l'anse en son milieu, puis d'introduire dans chaque extrémité un tube de caoutchouc sur lequel on lie l'intestin au moyen d'un gros catgut.

On peut alors enlever les pinces et laisser le contenu intestinal s'écouler loin du champ opératoire.

Cette idée du Dr Desguin m'a paru pouvoir trouver une application avantageuse lorsqu'il s'agit d'établir un anus artificiel *sur le gros intestin*. Dans ce cas, en effet, comme il est ordinairement facile de reconnaître le bout supérieur, on pourra de suite laisser au bout inférieur très peu de longueur et au contraire conserver la presque totalité du bout supérieur.

Lorsque des adhérences suffisantes auront assuré la bonne réunion de l'intestin à la plaie abdominale, on détruira d'un coup de thermocautère la partie exubérante en voie de sphacèle et l'anus artificiel sera définitivement constitué.

Quant au bout inférieur, après avoir enlevé la pince qui l'étreignait au devant de la ligature, on en suturera les bords en les invaginant, après les avoir aussi bien désinfectés que possible. Puis on réduira le tout et la plaie abdominale sera entièrement fermée.

On terminera l'opération en enlevant, d'après le procédé de Kraske, tout le rectum, anus y compris.

Si l'opération peut réellement s'exécuter de la sorte, il me paraît évident que les malades seront dans de bien meilleures conditions de guérison définitive que par tout autre procédé, et que leur situation sera préférable à celle des malheureux affligés d'un anus sacré ou de quelque chose d'approchant. D'ailleurs, d'après les faits que j'ai pu observer, et je crois aussi d'après l'avis de nombre de chirurgiens, l'anus iliaque bien établi *sur le gros intestin* est très bien supporté et ne constitue point la cruelle servitude qu'on pourrait croire.

Voici bientôt cinq ans que je suis une opérée âgée aujourd'hui de 63 ans, à laquelle j'ai réséqué 25 centimètres de côlon transverse envahi par un épithélioma cylindrique. Non seulement il n'y

a pas eu récidive, mais la malade me répétait l'autre jour encore : « Je vais on ne peut mieux. Chaque matin, à 4 heures, je déboucle ma ceinture et, m'aidant quelquefois par des pressions de la main, je reçois dans une assiette mes matières. Il faut que j'aie le corps dérangé, ce qui ne m'arrive guère, pour que je doive répéter l'opération dans la journée. »

Puis elle ajouta avec un sourire quelque peu ironique : « Je ne comprends pas que le bon Dieu ne nous ait pas mis le derrière devant, c'est bien plus commode ! »

Je vois encore, depuis le mois d'août 1893, un jeune homme dont j'ai présenté l'observation au 9e Congrès de chirurgie, 1895, sous le titre de : *Fistules stercorales dues à une perforation du rectum, guéries par l'établissement d'un anus artificiel.*

Le malade jouit d'une santé parfaite et son anus artificiel lui rend de si bons services qu'il a depuis longtemps, je crois, renoncé à l'idée de faire rétablir la continuité de son intestin; opération dont je lui avais fait entrevoir la possibilité.

J'ajouterai que j'ai renoncé pour ces cas aux bandages compliqués ; une compresse retenue par une simple bande de caoutchouc faisant une fois et demi le tour du corps et s'agrafant comme une ceinture est certainement ce qu'il y a de plus propre et de plus commode. Il est bon d'en avoir deux et d'en porter une tandis que l'autre trempe dans une eau antiseptique quelconque.

Le malade que j'attendais s'est enfin présenté à moi le 5 mars 1897, envoyé par mon ami le Dr Julliard (de Châtillon), avec le diagnostic cancer du rectum.

Cet homme de 53 ans en paraît au moins 60 ; grand, très amaigri, il est affligé d'un tremblement continuel. Il se plaint de douleurs rectales, éprouve parfois une gêne notable de la défécation et rend journellement par l'anus des matières sanguinolentes mêlées à des masses de mucus de mauvais aloi.

Le doigt rencontre à 6 centimètres de la marge de l'anus une tumeur bosselée, irrégulière, ayant envahi toute la circonférence de l'intestin et s'étendant assez haut, pour que l'index, pendant la narcose, pressente plutôt qu'il n'atteigne les limites supérieures du néoplasme.

L'organe jouit encore d'une mobilité suffisante pour que l'extirpation nous paraisse possible et justiciable du procédé que nous nous proposions depuis si longtemps d'exécuter.

15 mars. — Le premier temps de l'opération a marché exactement comme nous l'avions espéré, cependant l'intestin fut difficile à attirer ; de fortes résistances le retenaient dans la profondeur, nous eûmes à lutter contre des hémorrhagies gênantes.

L'installation du cylindre de verre, du tube de caoutchouc, bref la préparation de l'anus artificiel tel que nous l'avions combinée fut facile

et très utile, car nous n'eûmes les jours suivants pas le moindre ennui avec les matières.

Le bout inférieur oblitéré par la ligature, puis par une suture à la Lambert, ne nous paraît pas suffisamment obstrué et nous dûmes encore l'invaginer et placer une suture par-dessus la première afin de tout réduire avec sécurité.

Çes manœuvres ayant duré près d'une heure et le malade étant très faible, nous jugeâmes plus prudent de remettre à une autre séance l'extirpation du bout inférieur.

Durant les deux premiers jours il ne s'écoula guère par le tube que des matières liquides, mais les gaz passaient facilement. Pas de ballonnement du ventre ; état fort satisfaisant.

Le troisième jour, des matières plus solides sont rendues. Le bout supérieur de l'intestin est rosé, la ligature n'a pas encore de tendance à couper. La température est normale. Le malade mange suffisamment.

Cinq jours après la première opération, nous endormons de nouveau le malade et le plaçons dans la position de la taille ; circonscrivant l'anus par une incision, nous attirons le rectum et plaçons sur lui une forte ligature afin, comme l'a recommandé Quénu, de transformer le rectum à extirper en un sac bien clos.

Prolongeant alors notre incision en arrière jusque sur le sacrum, nous procédons suivant Kraske.

Nous avons trouvé dans ce cas beaucoup plus de difficultés que dans d'autres, à libérer le rectum, cependant le péritoine s'est facilement déchiré autour de l'intestin, mais c'est avec peine que nous amenons le tout au dehors sans rupture compromettante. Il était temps d'en finir, car tandis que nous achevions cette extraction une déchirure commençait à se produire au niveau des sutures. Les deux rangées de points que nous avions placées, sur bout d'intestin invaginé, n'étaient pas de trop ; sans elles, nous aurions certainement vu l'intestin se vider pendant l'extirpation.

Ce danger de rupture sera sans doute moins grand lorsqu'on pourra terminer l'opération en une seule séance, parce qu'alors les parties suturées n'auront pas subi pendant plusieurs jours l'influence des fils.

Notre malade est mort treize jours après la première opération. Il a succombé par l'épuisement, par faiblesse. Nous n'avons pas eu à proprement parler de symptômes d'infection.

La température n'a pas dépassé 38°,6 et s'est constamment maintenue aux environs de 37°,5.

Un simple Kraske aurait probablement fourni le même résultat sur cet homme usé ; aussi, malgré cet échec, je persiste à considérer l'extirpation totale comme l'opération de l'avenir. Que les procédés opératoires n'aient pas dit leur dernier mot, cela est possible ; mais, tels qu'ils sont, ils me paraissent suffisants pour nous encourager à répéter l'opération à la première occasion.

M. Quénu. — M. A. Reverdin, dans son court historique, n'a fait allusion qu'à mon rapport sur le travail de Gaudier. Il eût pu citer la série de présentations que j'ai faites ici depuis le mois d'octobre dernier sur ce même sujet (*manuel opératoire; traitement des bouts intestinaux;* emploi du tube de Paul), jusqu'à l'opération en un temps. Tout cela se trouve mentionné dans mes communications, et il était bon de le signaler.

Discussion sur la coxalgie.

M. Broca. — A propos de la communication de M. Ménard sur le *traitement de certaines formes de coxalgie suppurée*, notre collègue Kirmisson a élargi le débat et a étudié devant nous les principes qui doivent guider le chirurgien dans le traitement de la coxalgie chez l'enfant à toutes ses périodes. C'est de la question ainsi envisagée que je vais m'occuper à mon tour : je serai bref, car, sur quelques points de détail seulement, je diffère d'avis avec l'orateur précédent.

Pour une coxalgie non suppurée, je crois que nous serons tous d'accord sur l'indication formelle du traitement orthopédique simple, non sanglant. Je ne sais pas ce que vaut chez l'adulte la résection précoce de la hanche ; mais ce qui me paraît établi, c'est qu'elle constitue chez l'enfant une pratique déplorable. Ce n'est d'ailleurs pas spécial à la hanche : toutes les épiphyses en sont là tant que le sujet n'a pas achevé sa croissance ou à peu près. Aussi, depuis une quinzaine d'années, avons-nous vu battre en retraite ceux qui, en Allemagne et en Angleterre surtout, s'étaient le plus « emballés » sur les résections précoces chez l'enfant. De temps à autre, sans doute, une tentative nouvelle surgit, mais au bout de quelques années son auteur a coutume de s'assagir, quand il constate que les lois physiologiques de l'accroissement des os sont pour lui ce qu'elles avaient été pour M. Ollier.

L'extension continue, avec l'appareil de Lannelongue en particulier, est à mes yeux le traitement de choix pour la coxalgie au début, sans attitude vicieuse, et c'est un des points sur lesquels je diffère d'avis avec Kirmisson. Je sais fort bien que le grand appareil plâtré est capable de donner d'excellents résultats, mais je lui reproche d'empêcher une surveillance attentive de la région, en sorte que parfois, en l'enlevant, on est surpris par un abcès qu'on a laissé évoluer; il est, bien moins que l'appareil à extension — si l'on supprime la sordide gouttière de Bonnet — compatible avec la propreté ; enfin, et surtout, lorsque l'enfant est ainsi appareillé, il

est fréquent que les parents fassent marcher trop tôt le malade. Or, je suis de ceux qui conseillent, dans la coxalgie, une immobilisation au lit *prolongée*, et qui considèrent l'appareil plâtré comme un appareil de convalescence, lorsque la marche va commencer à être permise.

M. Kirmisson a reproché à l'appareil de Lannelongue de laisser les attitudes vicieuses s'installer ; je ne crois pas cette critique justifiée. Lorsque l'extension continue est bien appliquée et bien surveillée, elle donne d'excellents résultats, sans ankylose et en rectitude parfaite, pourvu qu'il n'y ait pas eu d'attitude vicieuse préalable.

Lorsque le chirurgien est consulté à la période des attitudes vicieuses, la guérison en rectitude *parfaite* devient, par tous les procédés, bien aléatoire, et je crois qu'assez souvent sera indiqué le redressement brusque, avec chloroforme. Ici surgit l'objection faite par Kirmisson sur la tuberculisation aiguë consécutive à cette manœuvre. Pour ma part, pas plus pour la hanche que pour les autres jointures, pour le genou surtout où le redressement brusque est de pratique banale, je ne me laisse arrêter par cette crainte. Je partage complètement, sur ce sujet, les idées de mon maître Lannelongue, rappelées devant vous à notre dernière séance par Reclus. Je m'en tiens aujourd'hui à cette profession de foi, quitte à la documenter si un débat s'ouvrait sur ce point spécial, d'un haut intérêt d'ailleurs.

Donc, étant donnée une coxalgie en évolution avec attitude vicieuse, je commence par essayer l'extension continue, et si, ce qui n'est pas rare, celle-ci reste inefficace ou incomplètement efficace, j'ai recours au redressement brusque. Après cela, il est possible que, malgré l'extension, l'articulation se dévie à nouveau ; alors j'applique le grand appareil plâtré.

Mais, d'une manière générale, je le répète, je considère cet appareil comme indiqué surtout pendant la convalescence, pour soutenir et immobiliser la hanche quand on commence à permettre la marche. Et encore ai-je coutume, même à cette période, de m'en passer. Lorsque la jointure est devenue indolente à la pression, les parties molles étant sèches et les muscles assouplis, je fais marcher le malade avec des béquilles et en élevant la semelle sous le membre sain, de façon que le membre malade reste suspendu, ne porte pas le poids du corps ; le plus simple, à cette période, est de réaliser en même temps l'extension en fixant à la chaussure une semelle de plomb ; et chaque soir le sujet est, pendant longtemps encore, courbé sur la planche de Lannelongue.

Ce traitement est long, mais c'est à mes yeux celui qui expose le moins aux poussées, aux rechutes. Toujours on a la région malade

sous l'œil et sous la main. L'enfant peut être, sitôt les douleurs calmées, soumis aux bains salés. Il est facile de masser et d'électriser les masses musculaires, en ayant soin de ne pas manipuler la poitrine.

Sur la planche, le malade peut sans aucune peine être porté au dehors, promené dans une voiture longue. Au total, l'état général reste parfait et les enfants supportent admirablement l'immobilisation prolongée avec extension continue.

C'est donc seulement lorsqu'une coxalgie est suppurée que se pose la question de l'intervention sanglante : et encore avons nous dans les injections modificatrices une méthode capable de restreindre le champ d'action du bistouri. Comme M. Kirmisson, après des essais, avec le naphtol camphré, l'huile gaiacolée et iodoformée, la glycérine iodoformée, je suis revenu à l'éther iodoformé. Mais, contrairement à Ménard, à Kirmisson, j'ai vu la méthode échouer bien souvent. Je n'ai donc pas en elle une confiance extrême. Si d'une manière générale, j'ai assez tendance à ouvrir d'emblée ces abcès, presque toujours facilement accessibles : le principe directeur étant le même, il y a dans l'application des différences qui tiennent surtout au tempérament chirurgical de chacun de nous.

Mais le bistouri étant pris, je m'associe pleinement aux réserves de Kirmisson, relatives au curetage « intégral » dont nous a parlé M. Ménard. Sans doute, il est fort séduisant d'enlever d'un coup tous les tissus malades, et les parties molles ; de faire une opération si complète que l'on puisse ensuite réunir sans drainage. Malheureusement, dans les cas ou je suis intervenu et qui, je le répète, sont toujours avancés, les lésions ne m'ont jamais permis d'agir ainsi. L'ablation *totale* des fongosités est déjà bien aléatoire au coude, au genou ; à la hanche je me déclare incapable de la réussir à coup sûr. Quant au squelette, à supposer même que l'on se résolve à enlever toute la tête, tout le col, et parfois pas mal de diaphyse, il resterait encore à nettoyer l'os iliaque. La résection franche — que je crois mauvaise pour le fémur, devient ici impossible : et je ne crois pas qu'après évidement à la curette d'un os tuberculeux quelconque, il soit prudent de réunir sans drainage.

Ce que je viens de dire pour la coxalgie avec abcès, je le répéterai pour la coxalgie fistulaire.

Pour terminer cette revue, je devrais étudier le traitement des attitudes vicieuses consécutives à la coxalgie guérie et les indications relatives à l'ostéotomie sous trochantérienne. Mais c'est là un point sur lequel nous sommes tous d'accord et dès lors, il est inutile d'insister.

M. Brun. — Je ne suis pas d'accord avec M. Ménard sur certains points du traitement de la coxalgie.

Au point de vue de la coxalgie sans abcès, d'après ce que j'ai vu depuis trois ans que je soigne des coxalgiques à l'hôpital des Enfants-Malades, je suis partisan de l'immobilisation à l'aide d'un grand appareil plâtré. Je ne conserve l'extension continue que dans les cas où il existe de la douleur, chez un enfant qui souffre de sa hanche, la traction exercée par un poids de deux à trois kilogrammes est en effet souveraine. En dehors de ces cas, j'ai toujours recours à l'appareil plâtré, et je ne crois pas qu'il favorise le développement des abcès comme on l'a prétendu, c'est le contraire plutôt que j'aurais observé. Une fois l'appareil mis, je fais adapter au pied sain une bottine à semelle et à talon élevés, et mon petit malade marche avec des béquilles sans s'appuyer sur le membre malade. Je puis ainsi soigner beaucoup plus d'enfants que je ne pourrais le faire si je les immobilisais dans le lit. La gouttière de Bonnet et même l'appareil à extension continue dans les mains de parents négligents donnent parfois des résultats déplorables, ils laissent les déformations se produire ou s'exagérer.

Quand un enfant m'est amené avec une hanche déformée en flexion, adduction et rotation interne, je le redresse après anesthésie pour pouvoir l'immobiliser dans une bonne position. Je ne suis pas arrêté le moins du monde par la pensée des auto-inoculations tuberculeuses. Si, depuis trois ans, j'ai vu un enfant mourir de méningite trois semaines après un redressement brusque de la hanche, j'ai pu, par contre, recueillir cinq observations d'enfants présentant des tuberculoses chirurgicales auxquelles on n'a pas touché, et qui sont cependant morts aussi de méningite. Un de ces enfants présentait une adénite cervicale que je croyais justiciable d'une intervention chirurgicale; les parents s'opposèrent à toute intervention, et l'enfant cependant succomba peu de temps après à une méningite. Une fillette m'avait été présentée pour une coxalgie qui me paraissait nécessiter un redressement sous chloroforme ; à un second examen, je vis que le membre inférieur était trop peu dévié et que le redressement était inutile ; je me contentai d'appliquer simplement un appareil plâtré. L'enfant partit pour le Havre, où elle succomba à des accidents méningitiques. Mes autres observations sont analogues : intervention proposée et non pratiquée pour un motif quelconque, mort, au bout de quelques semaines, de méningite. C'est qu'en effet, la méningite est la fin de la plupart de nos malheureux chroniques qui ont des fistules intarissables auxquelles on ne touche pas. Pour pouvoir affirmer que le redressement occasionne des auto-intoxications tuberculeuses, il faudrait s'appuyer sur un plus grand nombre de faits. Aussi, je le répète,

je n'hésite pas à pratiquer le redressement brusque de la hanche.

Comme tout le monde, je traite les abcès de la coxalgie par les injections modificatrices; la glycérine iodoformée me paraît irritante, j'emploie plus volontiers le naphtol camphré sans attacher, du reste, grande importance à la nature du liquide injecté. Dans aucun cas, je ne m'acharne à répéter ces injections, jamais je ne vais jusqu'à huit ou dix injections dans le même abcès. En présence d'un abcès qui se renouvelle après une ou deux ponctions, je n'hésite nullement à employer le bistouri; j'ouvre largement, je racle à la curette les parois de la poche et je panse à plat.

Pour ce qui est du curettage intégral de l'articulation, je le crois le plus souvent impraticable : il restera toujours des produits tuberculeux au niveau du cotyle, par exemple, que n'atteindra pas la curette. Les premiers temps après l'opération, on est enchanté, la plaie s'est fermée par première intention, mais bientôt on voit s'établir sournoisement une fistule qui persiste. De plus en plus j'abandonne la résection de la hanche: j'ai recours de préférence aux petits moyens: curettage des fongosités, injections modificatrices.

M. Reynier. — Le choix entre les appareils à extension et les appareils qui visent l'immobilisation tels que les appareils plâtrés, les appareils silicatés et la gouttière de Bonnet restera toujours délicat.

Quel que soit l'appareil employé, il doit permettre au chirurgien de se conformer à deux règles : 1° immobiliser la jointure dans une bonne position; 2° faire prendre l'air le plus possible au malade.

Or ces indications sont très faciles à réaliser chez un malade de la ville, fort difficiles au contraire à l'hôpital.

Pour immobiliser la hanche la soumettre à l'extension continue et permettre les promenades rien n'est mieux que la gouttière de Bonnet munie à son extrémité d'une petite poulie à treuil à l'aide de laquelle on pratique l'extension.

Grâce à cet appareil la jointure étant bien immobilisée vous pouvez sortir le malade, le transporter en voiture, en chemin de fer, etc., en un mot vous lui faites prendre l'air.

Mais cet appareil a pour inconvénient de nécessiter une grande surveillance. Il se salit, et au moment des garde-robes le malade doit être soigneusement nettoyé. C'est donc l'appareil des riches.

A l'hôpital on n'a à sa disposition que des gouttières qui n'étant pas faites sur mesure vont à peu près; on ne peut pas les surveiller avec assez de minutie, le malade se salit dedans, y prend de mauvaises attitudes, Ce n'est donc pas l'appareil de l'hôpital, et

je crois qu'à l'hôpital l'appareil plâtré qu'on peut facilement renouveler vaut mieux.

Au point de vue du redressement forcé de la jointure lorsqu'elle est dans une mauvaise attitude, je n'hésite pas à le faire. Certes, une complication de méningite peut survenir. Mais je ne crois pas que le redressement puisse-être considéré comme la cause productive de cette complication.

Au point de vue des injections d'éther iodoformé ou de naphtol camphré, je dirai que je les fais mais sans grande confiance. Il ne faudrait cependant pas assimiler notre pratique à celle de M. Ménard. Là ou M. Ménard réussit avec des injections des grattages incomplets nous échouons; c'est qu'il a pour lui un adjuvant de premier ordre « l'air de mer. »

M. Quénu. — Depuis douze ans que je suis attaché au Dispensaire Pereire, j'ai été à même de voir et de soigner beaucoup de coxalgies chez les enfants. Voici quelle est ma pratique :

Je diviserai, comme mes collègues, la coxalgie en coxalgie non suppurée, avec ou sans déviation considérable de la cuisse, et en coxalgie suppurée. Pour les premières, j'attache beaucoup d'importance à l'extension continue, et j'avoue que je ne puis suivre mon ami Brun dans les critiques qu'il adresse à l'appareil de Lannelongue. Notre collègue préfère l'appareil plâtré comme exigeant moins de surveillance : je ne puis admettre cette proposition. Les appareils plâtrés qui prennent le bassin sont bientôt souillés par l'urine et les matières fécales, le membre enfermé se sèche et se couvre de squames, l'appareil devient un repaire de parasites de toute espèce. De plus, vous permettez à l'enfant de marcher avec des béquilles, soyez sûr qu'il s'appuiera sur son appareil et que bientôt l'immobilisation comme la correction de l'attitude ne seront plus qu'une apparence.

L'appareil de Lannelongue simplifié remplit très bien son but; j'ai fait dresser un spécimen de cet appareil dans une salle de consultation ; il se compose d'une planche recouverte de varech et de molleton, d'un morceau de toile servant de ceinture et de petits accessoires, poulies, boucles, etc., qu'on trouve chez tous les quincailliers. Les parents ouvriers à qui je montre ce spécimen arrivent très bien à le fabriquer eux-mêmes, il est des plus économiques ; j'ai dans le temps suivi des enfants que j'avais traités avec la gouttière de Bonnet, avec les appareils plâtrés ou silicatés de Verneuil ; aucun ne m'a donné, au point de vue de la longueur et de l'attitude du membre, les résultats satisfaisants de l'appareil à traction de Lannelongue. Les résultats définitifs ont été différents, suivant que les parents appartenaient à la classe ouvrière ou à la

classe des petits employés ; chez ces derniers, la possibilité d'envoyer les enfants à la campagne, une meilleure hygiène, un plus grand cube d'air et le moindre encombrement des chambres ont fourni des résultats infiniment meilleurs. Lorsque la coxalgie s'accompagnait d'une forte flexion de la cuisse avec écartement en abduction ou en adduction, je n'ai jamais hésité à donner le chloroforme et à chercher la correction de la déviation.

Restent les coxalgies suppurées.

Je m'efforce, en présence du mauvais résultat de la résection, de la faire le moins possible, de me borner à faire des ponctions avec des injections d'éther iodoformé ; mais si l'évacuation du pus par des trajets fistuleux laisse à désirer, j'ai recours au procédé de tunnellisation du grand trochanter du col et de la tête, que j'ai employé pour la première fois en janvier 1884 à l'hôpital Tenon et que depuis a préconisé M. Delagénière. C'est un bon moyen de drainer l'articulation coxo-fémorale ; il n'exige aucun délabrement et se fait à la gouge ou à la curette.

Il est enfin des cas où, malgré notre peu d'enthousiasme pour la résection de la hanche, nous sommes obligé d'y avoir recours ; c'est lorsqu'une suppuration abondante existe avec une luxation de la tête fémorale, nous supprimons l'extrémité supérieure du fémur non avec l'illusion de supprimer toutes les parties malades, il reste le cotyle, mais avec l'espoir de mieux drainer l'articulation. C'est la conduite que j'ai dû tenir dans deux cas cette année dans mon service : l'une de ces résections m'a donné un résultat satisfaisant, l'autre ne m'a donné qu'un résultat médiocre, la suppuration n'ayant été que diminuée et non tarie.

Communication.

Deux observations de kystes hydatiques du rein opérés,

Par le Dr G. HOUZEL (de Boulogne-sur-Mer),

Les kystes hydatiques du rein sont rares. En additionnant les statistiques de Davaine (1), Thomas (2) et Neisser (3), sur 1856 cas, on n'a trouvé que 112 échinocoques du rein, soit 6.03 0/0. Plus rares encore sont ceux qui ont été opérés, puisque dans sa remar-

[1] DAVAINE, *Traité des entozoaires*, p. 524.

[2] THOMAS, *Hydatid disease in Australia Lancet*, 1879, t. I, p. 297.

[3] NEISSER, *Die echinococus Krankheit*, 1877.

quable monographie M. J. Boeckel (4) n'en cite que 21 observations. Quelques-unes ont été publiées depuis notamment par MM. Tansini (5), Imlach (6), Potempski (7), les interventions pour les kystes hydatiques du rein n'en restent pas moins exceptionnelles. Ayant eu l'occasion d'en opérer deux, avec des fortunes diverses, je crois intéressant de les publier. Ma première observation, adressée à M. J. Boeckel a été insérée par lui dans la *Gazette médicale* de Strasbourg en 1892; je la résumerai brièvement.

1. — *Kyste hydatique du rein pris pour une tumeur solide. Néphrectomie transpéritonéale ; rein unique. Mort par urémie le cinquième jour.*

Estelle B..., âgée de 26 ans, sans antécédent pathologique, était accouchée en 1886.

En 1888, elle remarqua une petite grosseur dans le flanc gauche. D'abord indifférente, cette grosseur augmenta, devint douloureuse au point de lui interdire tout travail. Depuis la fin de 1890 elle en éprouvait une grande gène respiratoire et même des accès de suffocation ; le ventre mesurait 102 centimètres de circonférence. La tumeur emplissait tout le flanc gauche et débordait la ligne blanche de deux travers de doigt. Dure, ayant la consistance d'un fibrome, sans la moindre apparence de fluctuation, d'une mobilité très obscure, elle fut prise pour une tumeur solide du rein, et je pratiquai la néphrectomie transpéritonéale le 30 avril 1891.

C'était une kydatide stérile à parois épaisses, cretifiées, dont la nature kystique fut reconnue au cours de l'opération. Mais l'énucléation s'en faisant sans trop de peine, la néphrectomie fut poursuivie.

Je commençai par libérer la tumeur en haut et en dedans, puis par lier les vaisseaux afférents. En poursuivant la libération de la tumeur en bas, je rencontrai d'abord un uretère qui fut coupé entre deux ligatures, puis un second : le rein était unique. Alors, au lieu d'achever la néphrectomie, j'appliquai une ligature élastique pour enlever le kyste et laisser le moignon de rein. Malheureusement, il était privé de ses connexions vasculaires, il était trop tard. L'anurie fut complète et la malade mourut d'urémie le cinquième jour absolument comme dans une expérience physiologique sur les animaux.

La seconde opération se présenta dans des conditions plus fa-

[4] J. Boeckel, *Étude sur les kystes kydatiques du rein au point de vue chirurgical*, 1887.

[5] Tansini, Nefrectomia transperitoneale per cisti d'echinococco (*Clin. chir. Milano*, 1893, t. I, p. 10).

[6] Imlach, A cas of renal hydatis treated by abdominal sect. (*Brit. med. Journ. Lond.*, 1887, t. XI, p. 17).

[7] Potempski, Nefrectomia lombare per cisti da echinococco del rene sinistro Garigione (*Bull. d. Accad. med. di Rome*, 1892, t. IX, p. 422).

vorables et fut suivie d'une guérison complète. D'ailleurs, peu tenté de recommencer l'expérience, je me bornai, de parti pris, à une néphrotomie.

II. — *Kyste hydatique du rein gauche. Néphrotomie lombaire. Guérison.*

Le 3 décembre 1896, je fus appelé par M. G..., que je trouvai en proie à une colique néphrétique des plus vives.

Agé de 43 ans, pâle, lymphatique, il avait passé toute son existence derrière un comptoir à vendre des étoffes. Vers l'âge de 12 ans, il avait ressenti de la gêne dans le flanc gauche, et à 22 ans, il avait éprouvé pour la première fois une crise dans le genre de celle que je constatais. Depuis, il ressentait les mêmes douleurs environ tous les 2 ans. Dans ces moments-là, ses urines devenaient rares, il éprouvait des douleurs intolérables dans le flanc gauche, irradiant dans le trajet du cordon et le testicule ; il vomissait, puis tout d'un coup il était soulagé après avoir rendu des urines abondantes entraînant des peaux. Il n'avait pas eu d'autre maladie. Dans l'intervalle de ces crises, il n'était jamais complètement bien. Ces assauts répétés avaient altéré sa santé, son flanc gauche restait douloureux, ses forces avaient beaucoup diminué, il était dans un état de malaise perpétuel.

Son père était mort à 72 ans et sa mère à 68 ans des suites du diabète.

Interrogé sur ses habitudes, il se rappelait qu'étant enfant il avait la manie de manger des mouches.

En l'examinant, je trouvai dans le flanc gauche une volumineuse tumeur, dure, peu mobile, ne suivant pas les mouvements du diaphragme et faisant saillie du côté du ventre, mais très peu du côté des lombes. Le palper augmentait les douleurs. Cette tumeur occupait tout le flanc gauche et remontait sous les côtes. Elle avait 16 centimètres dans son diamètre vertical, et un ruban mené horizontalement de sa limite postérieure près du rachis jusqu'à sa limite interne, trois travers de doigt à droite de la ligne blanche mesurait 47 centimètres. Elle paraissait d'autant plus volumineuse que M. G... était de petite taille. Lisse et dure, elle ne se laissait pas déprimer, on n'y sentait pas l'ombre de fluctuation. En avant, une zone sonore prouvait que des intestins se trouvaient entre elle et la paroi abdominale qui était tendue et fortement appliquée sur elle.

Le pouls était à 88, la température à 37.8, il n'y avait pas eu de garderobe depuis trois jours.

Le 4 et le 5 décembre, le même état persista et les vomissements augmentèrent.

Le 6, une purge provoqua une débâcle suivie de soulagement. Une hydatide crevée et deux petites vésicules intactes furent expulsées avec les urines.

Le 7, le soulagement fut notable, cependant la température restait à 38 et le malade, sans force, était incapable de quitter le lit.

Le diagnostic n'était pas douteux : c'était un kyste hydatique du rein gauche ouvert dans le bassinet.

Le malade le portait probablement depuis 31 et certainement depuis 21 ans, ayant ressenti sa première crise néphrétique sérieuse à l'âge de 22 ans et en ayant aujourd'hui 43. Dans cet intervalle, il avait subi plus de dix coliques néphrétiques sans qu'il survînt d'accident grave. Ses urines étaient restées acides, limpides sans albumine, sauf au moment des accès où elles se troublaient et devenaient rares, mais sans trace de pus.

Ce kyste avait évolué avec une remarquable lenteur, le malade ayant pu supporter son hôte pendant 20 à 30 ans sans que sa vie fût mise en péril.

L'étiologie en serait singulière. Le malade avait l'habitude de manger des mouches pendant son enfance. Les mouches vont partout, se posent partout et pour peu qu'elles se soient trouvées en contact avec des œufs de ténia échinococcus, elles doivent en emporter autour de leurs pattes velues. En tout cas, je ne crois pas que cette cause ait été signalée, elle est à retenir.

Le malade se révolta d'abord et repoussa l'opération que je lui proposai. Cependant, voyant que son état ne s'améliorait pas franchement, qu'il était incapable de retourner à ses rayons, il se décida à entrer à ma clinique où je l'opérai le 16 décembre 1896, en présence du Dr Brullé d'Hesdin, le chloroforme étant donné par le Dr Deseille et le Dr Lamiot m'aidant.

Mis en garde par ma première opération, je n'avais pas envie de recommencer une néphrectomie, la néphrotomie me paraissant moins périlleuse et aussi curative, d'autant plus qu'on peut toujours enlever le rein plus tard s'il cause des accidents ou s'il persiste une fistule intarissable. J'ajoute simplement pour mémoire que le malade avait été soigneusement aseptisé avant l'opération qui fut pratiquée sans le secours d'aucun antiseptique.

Une incision en dehors du carré des lombes, partant des dernières côtes et allant obliquement vers l'épine iliaque antérieure et supérieure me conduisit rapidement sur la tumeur. Après avoir écarté avec le doigt un peu de tissu cellulaire, c'est le rein lui-même qui se présenta dans la plaie. Certain du diagnostic, je l'attaquai hardiment avec le bistouri et après avoir incisé l'épaisseur d'environ un centimètre et demi, je tombai dans le kyste. Il n'en sortit pas une goutte de liquide, mais une certaine quantité d'hydatides, puis tout s'arrêta. Les deux lèvres de la plaie rénale avaient été saisies par des pinces à griffes, elles furent attirées au niveau de la peau et j'introduisis le doigt dans la poche afin de voir si elle était vidée. Je sentis une masse compacte d'hydatides serrées les unes contre les autres: on eût dit une masse de gélatine à moitié fondue. Le doigt dissociant cette masse, je fis sortir trois litres d'hydatides variant de grosseur depuis une noisette jusqu'à un œuf de poule, puis la poche me paraissant vide, j'y injectai plusieurs litres d'eau tiède stérilisée qui ramenèrent encore quelques hydatides.

Les lèvres du rein ayant été suturées aux muscles et à la peau, le restant de la plaie cutanée fut réuni avec des crins de Florence, deux gros drains en canon de fusil furent introduits dans le kyste et le tout fut recouvert d'un épais pansement ouaté maintenu par un bandage de corps.

Ce jour-là, le malade rendit par la verge un litre d'urine trouble, sanguinolente, rien ne s'écoula par la plaie lombaire.

Le 17 décembre, la température monta à 37°5 bien que l'état général fût bon ; le pansement commença à se mouiller et à répandre une odeur urineuse.

Le 18 décembre, température 37°5 au matin, 37°8 au soir. L'urine coula très abondamment par la plaie lombaire, bien que le malade en émît 1200 grammes par la verge. L'état général était bon, le malade s'alimentait, avait de bonnes nuits et un lavement procurait une selle quotidienne. A partir de ce moment, les pansements durent être faits deux fois par jour : l'urine coulant abondamment par la plaie, le lit en était inondé. Chaque matin, on faisait une injection d'eau stérilisée tiède qui revenait d'abord un peu trouble, puis limpide, et entraînait parfois deux ou trois petites hydatides.

Le 19 décembre, température 37°5, au matin, 37°8, au soir.

Le 20 décembre, température 37°6, au matin, 38°, au soir.

Le 21 décembre, température 38°, au matin, 37°9, au soir.

Le 22 décembre, température 37°6, au matin, 38°5, au soir ; c'est la température la plus élevée qui ait jamais été atteinte. La peau du flanc et du dos, macérant sans cesse dans l'urine, était rouge, enflammée, la ligne des sutures cutanés rougissait surtout au voisinage des drains.

Le 23 décembre, température 37°7, au matin, 37°5, au soir.

Le 24 décembre, température 37°5, au matin, 38°, au soir.

Malgré la vaseline boriquée largement employée, la peau était toujours malade et un peu de pus s'écoulait de dessous les sutures cutanées. Les crins de Florence furent enlevés et les deux petites plaies pansées à l'iodoforme. La poche continuait à être irriguée à l'eau stérilisée, elle s'était affaissée sur elle-même au point de ne plus contenir que 150 grammes de liquide, mais elle n'avait rien perdu de sa profondeur. Le malade, n'ayant souffert que le premier jour, accusait un grand bien-être, et cependant il restait affaissé dans son lit. Sa résistance vitale était entamée par la longue durée de son mal qui avait eu raison facilement d'une constitution d'employé étiolé en serre chaude. Depuis le troisième jour de l'opération, il s'alimentait bien et passait d'excellentes nuits, grâce à une injection sous-cutanée d'eau distillée qu'il croyait être de la morphine.

Le 25 décembre, température 37°2, le matin, 38°1, le soir ; à partir de ce moment, je ne crois plus utile d'indiquer la température chaque jour. Elle fut régulièrement de 37°, le matin et de 38°, le soir, jusqu'au 12 janvier, vingt-huitième jour après l'opération où elle descendit définitivement à 37°, pour ne plus remonter.

Le 26 décembre, les petits abcès des angles de la plaie étaient en voie de cicatrisation, l'hydatide mère commençait à se détacher ; l'injection

en ramenait des débris. L'état général gagnait chaque jour. Un bon litre d'urine un peu trouble était rendu chaque jour par la verge et il s'en écoulait une telle quantité par la plaie lombaire que le lit en était inondé. A partir de cette date, chaque matin, après l'injection, la poche était séchée avec un petit tampon d'ouate, puis frottée avec un bâtonnet garni d'ouate et trempé dans la teinture d'iode.

Le 27 décembre, les deux petits abcès étaient complètement cicatrisés. L'ouverture était réduite à la plaie du rein dont le tissu adhérait aux muscles et à la peau. Le malade se levait et se promenait.

Le 30 décembre, l'urine coulait toujours par la plaie lombaire avec autant d'abondance ; la première partie de l'injection ressortait un peu sale, mais ne ramenait que très peu de fragments de la poche.

Le 4 janvier 1897, le lavage ramenait une grosse hydatide crevée.

Le 9 janvier 1897, le plaie laissait écouler un peu moins d'urine qui coulait plus abondante par la verge. La poche, très affaissée sur elle-même, mesurait encore 14 centimètres de profondeur.

Le 10 janvier, la plus grande partie de l'urine était rendue par la verge, elle était trouble et contenait un peu de sang.

Le 11 janvier, les urines s'éclaircirent, l'injection ramenait cinq hydatides crevées.

Le 12 janvier, l'injection revenait claire ; la plaie du rein se rétrécissait au point qu'à la fin du pansement on eut quelque difficulté à y réintroduire les drains pour les mettre dans le kyste.

Le 14 janvier, la poche, toujours aussi profonde, se rétrécissait sensiblement. Le malade sentait ses forces revenues et se promenait une partie de la journée.

Le 16 janvier, grande abondance d'urine par la verge et par la plaie.

Le 20 janvier, la poche, réduite à un simple trajet, diminuait de profondeur. Les urines étaient toujours abondantes par la verge et par la plaie lombaire. Depuis deux jours, il y avait une plaque d'urticaire large comme la main tout autour de la plaie.

Le 21 janvier, l'urticaire avait envahi le dos et une bonne partie du ventre. C'est la seule chose dont se plaignait le malade.

Le 26 janvier, l'urticaire était presque complètement guéri. Le trajet n'avait plus que 12 centimètres de profondeur. Un drain fut supprimé et l'autre fut très raccourci.

Le 27 janvier, le bâtonnet chargé de teinture d'iode pénétrait à peine de 11 centimètres. Le malade se trouvant très bien quittait la clinique pour retourner chez lui.

Le 2 février, le dernier drain fut retiré, la plaie se fermait, l'état général était parfait.

Le 5 février, les urines, très abondantes et encore un peu troubles, étaient rendues en totalité par la verge. Le rein était fermé, il ne restait qu'une petite plaie superficielle qui bourgeonnait et se cicatrisait rapidement.

Le 6 février, la plaie était complètement guerie. Cinquante et un jours s'étaient écoulés du jour de l'opération à la guérison définitive. Les urines analysées ne contenaient rien d'anormal.

J'ai revu mon opéré ces jours-ci ; la guérison s'est affirmée, il a engraissé, ses forces sont revenues plus grandes qu'auparavant, il y a de nombreuses années qu'il n'a pas joui d'une santé aussi parfaite et il travaille avec plus de facilité et d'entrain que jamais.

L'étude des kystes hydatiques du rein, au point de vue chirurgical, a été trop bien faite par M. J. Boeckel pour que je veuille rien y ajouter. Je demanderai seulement la permission de revenir sur certaines particularités de cette observation.

J'ai dit un mot, plus haut, sur le rôle que les mouches paraissaient avoir joué dans l'étiologie, je n'insisterai pas.

Le kyste ayant évolué du côté du bassinet, le rein resté en place était refoulé vers les lombes, aussi la tumeur était-elle abdominale et ne faisait-elle pas de saillie du côté du flanc. La même raison fit que mon incision rencontra d'abord le tissu rénal dont je dus inciser un centimètre et demi avant de pénétrer dans la poche. Cette disposition anatomique n'eut, d'ailleurs, aucune conséquence, l'incision saigna peu et dès que le kyste fut assez rétracté pour permettre d'abandonner les choses à elles-mêmes, le rein se cicatrisa en quelques jours.

Pendant les quatre premières semaines, le malade eut de la polyurie : 1.000 à 1.200 grammes d'urine par la verge, outre qu'il s'en écoulait autant sinon plus dans le pansement. L'incision du rein et l'irritation causée par les badigeonnages quotidiens à la teinture d'iode n'ont peut-être pas été étrangers à ce résultat. Je donne cette explication pour ce qu'elle vaut, sans y attacher grande importance ; je remarquerai cependant que la présence du sang dans l'urine suivit toujours une friction plus énergique de la poche avec le tampon iodé.

Le kyste était rempli de trois litres d'hydatides serrées les unes contre les autres, sans une goutte de liquide et donnant la sensation d'une bouillie de gélatine à moitié fondue. L'explication m'en paraît simple. L'hydatide mère était en communication avec le bassinet. En admettant même que cette communication ne fût qu'intermittente, elle existait au moment de l'opération, puisque le malade venait de rendre des hydatides avec les urines au cours de sa crise néphrétique. Tout le liquide que pouvait contenir la poche avait donc dû couler par l'uretère, et de fait j'avais remarqué que le kyste avait diminué de volume au moment où la colique néphrétique s'apaisait.

Un mot sur le traitement.

La néphrectomie, qui peut avoir ses indications, me paraît dans l'espèce une mutilation dépassant un peu le but.

Le rein n'est malade que par l'hydatide. Fût-il ratatiné, parche-

miné par la pression du kyste, ce qu'il en reste peut encore sécréter et rendre de signalés services au malade. L'enlever me paraît trop radical, d'autant plus qu'on peut avoir la malechance de tomber sur un rein unique, comme cela m'est arrivé, et alors la néphrectomie est sans remède.

Pour ma part, je lui préfère la néphrotomie lombaire en un seul temps, avec drainage et pansement du kyste par l'iode. C'est une opération moins brillante, mais à coup sûr moins périlleuse. Par elle, le rein est fixé en bon lieu s'il était déplacé, puisqu'elle est forcément doublée d'une néphropexie. En mettant les choses au pire, s'il restait une fistule intarissable, il serait toujours temps d'en venir à une opération plus radicale.

Dans sa remarquable étude, M. J. Boeckel écrit cette phrase: c'est-à-dire que la néphrectomie, comme rapidité, comme sécurité, *une fois les premiers dangers conjurés*, tient le premier rang.

Cette réticence: une fois les premiers dangers conjurés doit nous imposer une certaine réserve. Avec un chirurgien de l'habileté de M. J. Boeckel, ces dangers ne sont pas grands; je crois cependant qu'ils permettent de dire: la néphrectomie n'est pas l'opération de choix, puisque nous avons la néphrotomie lombaire qui, avec moins de risques, nous conduit au résultat désiré: la guérison.

Discussion.

M. Kirmisson. — La première observation de M. Houzel me rappelle un cas que j'ai vu, il y a dix ans, à la clinique do Billroth. Il s'agissait d'une jeune fille à laquelle Billroth enlevait un rein par la voie transpéritonéale. Ce rein était atteint de kyste hydatique, il fut supprimé.

Or, si le diagnostic eût été fait avant l'opération, Billroth aurait pu choisir la voie lombaire, marsupialiser la poche hydatique et conserver le rein, ce qui certes eût mieux valu.

J'ajouterai que la cystoscopie peut aujourd'hui donner des renseignements et la recherche des orifices des uretères permettre de savoir si ces orifices sont normaux et s'ouvrent à leur siège habituel.

M. Peyrot. — J'ai rencontré quatre fois des kystes hydatiques du rein. La première fois, j'ai vu cette maladie chez une pauvre femme qui, après avoir présenté une tumeur du flanc droit, avait été prise de vomissements et avait vomi des poches hydatiques.

Le diagnostic ne présentait donc pas de difficultés, j'ouvris la poche hydatique, puis j'enlevai le rein atrophié dont elle dépendait. Je fis un drainage de la cavité laissée par l'extirpation du rein, et tout alla bien pendant huit jours, mais au bout de ce temps, l'es-

tomac se rompit dans cette cavité, une péritonite survint et la malade mourut.

Le deuxième cas est celui d'un homme qui portait un gros kyste du rein gauche; j'ouvris ce kyste, le marsupialisai et le malade guérit.

Nous fîmes la même chose chez une femme que j'opérai avec M. Périer, et nous obtinmes aussi la guérison.

Tout récemment enfin, entra dans mon service un garçon portant un kyste du rein dont le diagnostic était facile, car le frémissement hydatique existait. Je le marsupialisai et j'obtins la guérison en sept à huit semaines.

Donc, je crois que c'est là le vrai traitement qui permet la guérison du kyste en conservant le rein. Lorsqu'on aura fait le diagnostic, je pense que, pour l'intervention, la voie lombaire devra être préférée.

M. Bazy. — J'ai observé un cas de rein unique avec un uretère qui contournait la vessie et s'ouvrait du côté opposé. Si on avait pratiqué la cystoscopie, on aurait été trompé par la situation de l'orifice uretéral et on aurait cru à l'existence d'un rein qui n'existait pas.

M. Championnière. — Si vous soupçonnez l'existence d'un rein unique, le mieux est encore d'ouvrir le ventre et de regarder. Cela me paraît bien plus sûr que tous les examens cystoscopiques.

Quant au choix de la voie pour aborder le rein, je crois que la voie lombaire a de grands avantages dans la majorité des cas.

M. Bazy. — La voie transpéritonéale et la voie lombaire doivent être choisies suivant le volume de la tumeur. Lorsqu'il n'y a pas d'autre indication, le gros volume de la tumeur indique la voie transpéritonéale. Hormis ce cas, la voie lombaire est préférable.

Présentations de malades.

M. Quénu présente un homme opéré de carcinome du rectum adhérent à la prostate.

M. Schwartz présente un malade atteint d'une énorme hydronéphrose qui a été vidée par le procédé de M. Albarran.

Le malade a eu la variole à l'âge de 4 ans; en 1880, il fut atteint, dit-il, d'une pleurésie du côté droit pour laquelle il fit un séjour de trois semaines à l'hôpital. (Lait, ventouses, sangsues).

Le 20 mars 1897, il fut pris, sans cause comme d'une douleur dans l'hypocondre droit, qui dura une quinzaine de jours et céda à l'application d'un vésicatoire ; 8 ou 10 jours après l'apparition de cette douleur, il s'aperçut que ses urines avaient beaucoup diminué ; il n'en rendait, dit-il, que 250 grammes par 24 heures. Enfin, quelques jours plus tard survint un œdème, absolument limité aux membres inférieurs en même temps que le malade s'apercevait que son ventre devenait plus volumineux du côté droit.

Il se décida alors à entrer à l'hôpital Cochin, service de M. Chauffard, où on le mit au lait ; puis après son entrée, on lui fit une ponction avec la seringue de Pravaz et on retira de la tumeur un liquide parfaitement clair qui avait tous les caractères de l'urine. A la suite de cette ponction, ce malade a uriné un petit caillot et les urines se sont relevées brusquement à deux litres environ et se sont maintenues à ce chiffre.

C'est à ce moment, le 3 mai, que le malade fut transféré du service de M. Chauffard dans celui de M. Schwartz où on constata les signes suivants :

Une vossure considérable, occupe la région de l'hypocondre droit ; à la palpation on sent une grosse masse qui paraît se prolonger jusque sous les fausses côtes et arrive, en bas, au voisinage de la crête iliaque.

La tumeur est trop volumineuse pour que le ballottement soit appréciable. A la percussion, on constate qu'elle est mate dans toute son étendue, dépassant à gauche la ligne médiane et se continuant avec la matité hépatique. Urines claires. — Le reste de l'appareil urinaire est sain.

Le 12 mai, l'examen cystoscopique montre que l'uretère droit ne donne pas d'urine

Le 16 mai, M. Subert sonde l'uretère droit au moyen de l'instrument de M. Albarran ; la sonde pénètre sans aucune difficulté et bientôt s'écoule goutte à goutte un liquide noirâtre, très foncé, contenant des globules rouges, de l'urée, de l'albumine ; l'écoulement étant très lent on l'arrête après évacuation de 500 grammes de liquide.

Le 18 mai, M. Subert fait de nouveau le cathétérisme et retire cette fois-ci 1,500 grammes d'un liquide un peu moins foncé, mais néanmoins toujours fortement coloré. Bien que l'écoulement se fasse en jet, on l'arrête de nouveau, pour éviter une évacuation trop brusque ; la tumeur a diminué dans des proportions considérables ; on la sent réduite au volume d'une tête de fœtus environ et le ballottement est devenu très évident.

Le 20 mai, M. Albarran veut bien venir examiner le malade et place une sonde à demeure par laquelle s'écoule dans les 24 heures suivantes environ 2 litres d'urine (quantité approximative, le malade ayant mélangé ses deux urines dont le volume total était de 4 litres).

La tumeur a totalement disparu ; cependant, par le ballottement, on perçoit comme une grande poche flasque et vide.

Le 25, M. Subert remplace la petite sonde qu'avait mise M. Albarran, par une autre sonde n° 11. A partir de ce moment, il est possible de

faire deux fois par jour des lavages du rein au nitrate d'argent. Le liquide évacué par la sonde oscille alors journellement entre 150 à 200 grammes, l'urine rénale restant à 1,500 ou 2,000 ; en outre, le liquide retiré par la sonde est devenu progressivement plus clair mais contient toujours un peu de sang et beaucoup d'albumine. Les lavages déterminent une sensation douloureuse lorsque la quantité injectée en une seule fois dépasse 500 grammes.

Examen comparatif de l'urine et du liquide hydronéphrotique, se rapportant au 18 mai.

Urine. (Quantité, 2250 gr.; D = 1012.)	*Liquide hydronéphrotique.* (Quantité, 1500 gr.; D = 1010.)
Rendement acide.	Rendement fortement alcalin.
Matières organiques, 20gr,80.	Matières organiques, 18 grammes.
Urée, 12gr,60 par litre.	Urée, 7gr,50 par litre.
Albumine, 0gr,80 par litre.	Albumine, 2gr,80 par litre.
	Globules blancs et rouges nombreux.

Examen du 26 mai.

Urine du rein gauche. (Quantité, 1800 gr.; D = 1015.)	*Urine du rein droit.* (Quantité, 250 gr.; D = 1012.)
Urée, 8gr,80 par litre.	Urée, 4gr,80 par litre.
Albumine, traces.	Albumine, 3gr,80 par litre.

Enfin, l'injection sous-cutanée de bleu de méthylène, répétée à deux reprises, a donné chaque fois un résultat positif pour le rein gauche au bout d'une heure et demie environ. Pour le rein droit, la coloration n'est apparue à aucun moment.

Présentations de pièces.

M. Lejars. — La belle photographie de Röntgen que j'ai l'honneur de vous présenter, m'a énormément servi pour extraire une série de grains de plomb que mon malade, un garde-chasse de 44 ans, conservait dans sa main gauche depuis le 17 février 1893.

A cette date, il avait reçu, à la face dorsale de la main, la décharge d'un de ces engins avertisseurs que l'on utilise contre les braconniers et qui était chargé de plomb triple zéro. Il en résulta un phlegmon étendu qui fut traité par de nombreuses incisions, mais qui n'aboutirent qu'à l'extraction d'un seul grain de plomb.

Depuis lors, notre malade a conservé un trajet fistuleux à la face postérieure du corps, une main enraidie et douloureuse.

En février 1897, il fit faire une photographie de sa main aux rayons X, à la médecine moderne; et muni de ce document, il vint me demander de le débarrasser de ses plombs.

On en compte neuf, disséminés de la façon suivante : un au niveau de l'extrémité inférieure du radius, trois au niveau du carpe, un à la partie inférieur du premier espace interosseux, deux dans le second espace interosseux, deux autres au niveau de la tête des deuxième et quatrième métacarpiens; deux d'entre ces grains se montraient nettement à travers la peau, les autres étaient enfoncés dans les parties molles, mais, heureusement, occupaient toujours la face dorsale de la main.

Je me suis servi de la photographie comme d'une véritable carte de géographie, et j'ai pu extraire, par une série de petites incisions, sept plombs, quatre très gros et non déformés, trois autres réduits à des fragments aplatis; les deux derniers m'ont paru siéger dans l'épaisseur des os. Du reste, mon malade ne souffre plus et il se sert de mieux en mieux de sa main.

M. Lejars présente, au nom de M. Théophile Anger, une jambe artificielle destinée aux amputés de jambe, au lieu d'élection, qui ont marché d'abord sur un simple pilon et dont le moignon s'est en partie ankylosé et ne peut plus être ramené à la rectitude. Cet appareil a été imaginé et construit par M. Rabelle.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

Nélaton.

Séance du 9 juin 1897.

Présidence de M. Delens.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre du Ministre de l'Instruction publique, annonçant à M. le Président que l'allocation annuelle de 500 francs faite à la Société de chirurgie pourra être touchée pour l'année 1897;

3° Un mémoire de M. Marion, intitulé : *De l'intervention chirurgicale dans le cas d'ulcère simple de l'estomac* (renvoyé à la commission du prix Duval) ;

4° M. Picqué dépose un travail de M. Gaudier (de Lille), dont le titre est le suivant : *De la voie nasale (incision médiane) pour l'ablation des tumeurs naso-pharyngiennes* (renvoyé à une commission ; M. Picqué, rapporteur).

Discussion sur la coxalgie.

M. Ménard. — En revenant sur la discussion relative au traitement de la coxalgie, je ne désire pas l'étendre pour passer en revue la plus grande partie de la thérapeutique assez complexe de cette grave affection ; je veux, au contraire, rester strictement dans les limites du sujet de ma communication.

Lorsque M. Kirmisson et M. Quénu ont parlé de drainage et de tunnellisation, soit à travers les parties molles, soit à travers le fémur, j'ai cru comprendre qu'ils avaient envisagé le traitement, par ces moyens opératoires, de la coxalgie fistuleuse, à laquelle je n'avais, pour ma part, fait aucune allusion. Mes huit observations se rapportaient à la coxalgie compliquée d'abcès fermé. Les indications sont toutes différentes dans l'un et l'autre cas.

Entre ces deux états pathologiques, coxalgie avec abcès fermé, coxalgie avec fistule, il importe de marquer une distinction absolue, à quelque point de vue que l'on se place et spécialement en ce qui concerne le traitement.

L'abcès fermé d'une coxalgie, qui n'a pas été fistuleuse à une période antérieure, qui n'est pas actuellement fistuleuse, est aseptique. On n'y constate pas la présence des microbes de la suppuration ; il se comporte en clinique comme une collection non suppurée ; il est exempt des caractères habituels de l'inflammation : douleur, chaleur et fièvre.

Lorsque la coxalgie est devenue fistuleuse d'une manière persistante, les microbes de la suppuration ont envahi la hanche ; et si un abcès secondaire vient ensuite à se former sur quelque autre point autour de la hanche, il offre la physionomie ordinaire de l'abcès chaud : c'est un produit mixte du bacille tuberculeux et des agents microbiens de la suppuration.

On éviterait des confusions fâcheuses en traduisant la différence précédente en termes précis dans le langage médical. On appelle à tort coxalgie suppurée la coxalgie compliquée d'un abcès fermé.

Ce qu'on désigne alors sous le nom d'abcès n'est qu'une expansion extérieure du foyer tuberculeux articulaire. Ce n'est pas un produit de la suppuration produite par des staphylocoques, des streptocoques, etc. ; c'est le produit du bacille tuberculeux. On pourrait, suivant le conseil de Lannelongue, dire *tuberculome* au lieu d'abcès tuberculeux, et, par suite, il y aurait lieu de distinguer le tuberculome pur et le tuberculome infecté ou associé.

Cela posé, la clinique enseigne que le tuberculome pur et le tuberculome infecté réagissent d'une manière différente en présence de certains moyens thérapeutiques.

Par exemple, dans la coxalgie, l'abcès fermé ou tuberculome pur guérit très souvent (plus de 8 fois sur 10) par les injections modificatrices. Cette méthode de traitement ne donne jamais un succès dans le cas d'abcès secondaire de la coxalgie fistuleuse : le tuberculome infecté est fatalement voué à l'ouverture et à la fistule consécutive.

Cette distinction d'ordre thérapeutique a pour corollaire une différence de pronostic.

Puisque l'abcès fermé guérit par les injections et que du même coup la coxalgie est acheminée vers la guérison, on conclut que la coxalgie compliquée de tuberculome pur conserve un caractère bénin.

Il en est tout autrement de la coxalgie fistuleuse, dont l'avenir est plein d'incertitude. A côté d'un certain nombre de cas qui guérissent spontanément, en particulier chez les très jeunes enfants, de 2 à 6 ou 7 ans, les autres résistent longtemps, quel que soit le traitement qu'on leur oppose, qu'on les abandonne à eux-mêmes avec une immobilisation convenable, ou qu'on fasse un traitement actif : injection, curettage, drainage ou résection. La fistule, malgré tout, persiste assez souvent des années. Combien de fois n'arrive-t-il pas que, par intervalle, un nouvel abcès secondaire se produit et donne naissance à une nouvelle fistule ! Je ne veux pas, pour le moment, traduire en chiffres la proportion de ces cas rebelles ; mais chacun sait qu'un certain nombre de coxalgies fistuleuses résistent à tous les traitements, et parmi elles quelques-unes sont assez graves pour menacer la vie.

A l'hôpital maritime, les malades atteints de coxalgie ou de mal de Pott à l'état fistuleux sont réunis dans des salles spéciales ; ceux qui sont atteints de ces deux mêmes affections avec tuberculome pur forment d'autres catégories, occupant d'autres salles à part.

Entre ces deux espèces de malades, les premiers atteints de fistules, les autres d'abcès aseptique, le contraste est frappant à tous les points de vue. Avec l'abcès aseptique, traitement simple, état général rapidement amélioré, guérison presque certaine ; avec

les fistules, traitement difficile, santé générale souvent altérée, pronostic toujours réservé dans la coxalgie, grave la plupart du temps dans le mal de Pott.

L'opposition entre les deux états se maintient jusque dans la forme de la récidive qui peut survenir après une guérison apparente. Si le tuberculome pur, que les injections avaient fait disparaître, se reproduit, c'est avec le même caractère aseptique ; et les injections sont de nouveau applicables avec succès.

Un abcès qui se reproduit six, douze, dix-huit mois après la cicatrisation d'une fistule est un abcès mixte, un tuberculome infecté qui s'ouvre et qui expose de nouveau le malade à tous les inconvénients de la suppuration. J'ai vu, au contraire, chez des coxalgiques guéris de leurs fistules depuis trois, quatre ou cinq ans, se produire des abcès aseptiques qui ont guéri par les injections. Après une aussi longue période, les microbes de la suppuration se seront éteints ; le bacille tuberculeux, au contraire, est resté ensemencé et susceptible de renaître cliniquement.

Les considérations précédentes expliquent pourquoi, en présence de la coxalgie compliquée d'un abcès fermé, du tuberculome aseptique, tous mes efforts se portent à obtenir la guérison en évitant la période fistuleuse, l'infection suppurative ; pourquoi j'insiste sur le traitement par les injections. Le nombre des injections que je pratique a paru exagéré : affaire d'appréciation. A mon avis, aucune règle ne peut être posée à cet égard : tel abcès guérit en un mois ou six semaines après une, deux, trois injections ; tel autre, qui résiste davantage, en exige quatre, cinq ou six ; un certain nombre de cas tardent encore davantage à guérir, et j'insiste sur les injections avec patience, afin d'éviter à tout prix, pour ainsi dire, les opérations sanglantes.

Jamais je n'expose le malade à l'infection en incisant l'abcès de propos délibéré, après deux ou trois injections, même faites à long intervalle, chaque mois par exemple. La méthode purement conservatrice est poussée aussi loin que possible. Je n'ai recours à une opération qu'au moment où, par exception, l'impuissance des injections me paraît démontrée. Ce qui arrive dans deux conditions un peu différentes : premièrement lorsque le tuberculome, devenant superficiel et tendu, menace d'ulcérer la peau ; deuxièmement lorsque le tuberculome persiste indéfiniment, un an ou même deux ans, ou bien encore se reproduit à plusieurs reprises après autant de guérisons apparentes.

J'ai donné le nom de curettage intégral à l'opération que je pratique en pareil cas, parce que j'essaie de la rendre aussi complète que possible, dans le but de chercher la réunion par première intention et d'éviter la fistule.

Une intervention complète vous a paru difficile sinon impossible. Cette appréciation, parfaitement exacte s'il était question de la coxalgie fistuleuse, exacte aussi si l'on opérait une coxalgie avec tuberculome fermé sans traitement préalable, n'est plus autant justifiée dans les conditions spéciales où je me suis placé.

Chez les huit malades que j'ai opérés, le tuberculome et la coxalgie elle-même, longtemps traités par les injections, n'avaient pas guéri à cause de certains obstacles qui m'ont été démontrés : séquestres, disposition complexe du trajet de communication allant à la hanche, foyers intrapelviens ; mais une modification heureuse ne s'en était pas moins effectuée dans le foyer tuberculeux tout entier, simplification de la forme, suppression des diverticules fongueux, rétrécissement du foyer tuberculeux, cicatrisation partielle. Au moment de l'opération, j'ai constaté plus d'une fois que la hanche était presque cicatrisée et que la présence d'un séquestre seule s'opposait à la guérison complète. En un mot, le foyer tuberculeux est modifié de telle sorte que le succès de l'intervention opératoire est préparé d'avance.

Un seul temps de l'arthrotomie est parfois d'une exécution un peu laborieuse : c'est la recherche et l'incision du trajet de communication allant de la collection extérieure à l'articulation. C'est ainsi que j'ai été conduit jusqu'à la grande échancrure sciatique et à la face interne du bassin. Cette petite difficulté n'est en rien insurmontable.

J'ai trouvé, chez quelques malades, un séquestre dans le cotyle et même dans le prolongement intrapelvien du foyer tuberculeux. On peut se demander quel aurait été le résultat de l'incision simple ou du drainage en pareil cas, au bout de quelle période le séquestre se serait éliminé spontanément, combien de temps le malade aurait été exposé aux inconvénients et aux dangers de la suppuration.

Une objection a été faite au curettage du cotyle, qui resterait toujours incomplet. Sur ce point, je ne suis pas en état de répondre théoriquement. J'ignore si, chez les malades que j'ai opérés, la hanche est tout à fait guérie ou si elle reste ensemencée de bacilles sur certains points, si une récidive peut encore survenir. Je me borne à répondre qu'à mon avis la récidive de la coxalgie, sans être en réalité fréquente, doit toujours être considérée comme une éventualité possible dans toutes les formes de la maladie, quel qu'ait pu être le genre de traitement.

En ce qui concerne mes malades, j'ai rapporté leurs observations avec les incidents post-opératoires, du reste peu nombreux. Sept sur huit ont guéri par première intention. Cette guérison s'est maintenue ; elle date de quelques années pour deux cas, elle re-

monte à plusieurs mois dans le cas le plus récent. Je ne nie pas la possibilité d'une récidive dans l'avenir, mais rien ne la fait prévoir.

Mes observations ne conduisent à aucune conclusion en ce qui concerne la coxalgie compliquée de tuberculome aseptique, avant le traitement par les injections ; non plus qu'en ce qui regarde la coxalgie infectée. Au contraire, les résultats cliniques que j'ai obtenus dans les conditions spéciales où je me suis placé m'ont paru très encourageants ; ils paraissent justifier les considérations pathologiques qui m'ont amené à opérer et à choisir une opération aussi complète que possible, au lieu de l'incision simple et du drainage.

Discussion sur la fracture de la rotule.

M. Peyrot. — Le cas de fracture simultanée des deux rotules sur lequel M. Chaput nous a fait un rapport dans l'avant-dernière séance, et les cas semblables déjà connus — puisque cette observation ne paraît pas être unique — témoignent une fois de plus de la fragilité éventuelle de la rotule qui domine la pathogénie de ses ruptures.

Au point de vue pathogénique, la signification est la même, qu'il s'agisse de fractures produites simultanément des deux côtés ou de fractures bilatérales successives. — On sait combien ces dernières sont communes. — Mais les fractures, même unilatérales par action musculaire, nous en sommes tous d'accord, relèvent de la même cause.

Il y a longtemps que l'on a signalé dans les rotules destinées à se fracturer un véritable état maladif révélé par des douleurs, des craquements articulaires, etc. Je me suis attaché à rechercher ces phénomènes chez les malades que j'ai pu observer. On les rencontre environ une fois sur deux.

Les fractures itératives sur la même rotule montrent à quel degré de fragilité peut arriver cet os. Il ne faut pas croire, en effet, que ces récidives portent toujours sur le cal fibreux ; je parle ici des fractures observées chez des malades qui n'ont pas été suturés, mais bien traités par les méthodes anciennes. Chez ces malades, la nouvelle fracture peut laisser le cal fibreux intact et détacher un nouveau fragment osseux.

J'ai eu sous les yeux un exemple de ce fait bien curieux.

M. J... a actuellement 74 ans. J'ai eu l'occasion de le voir plusieurs fois depuis huit ans et de bien observer son genou gauche, sur lequel

ont porté les accidents dont je veux vous entretenir. — Le début se place en 1877; M. J... avait alors 54 ans; il était très bien portant, n'avait famais souffert de douleurs articulaires et rien éprouvé particulièrement dans le genou gauche. En sautant de voiture un peu vivement, il ressent une douleur dans les deux genoux, mais il peut continuer à marcher; les jours suivants, il continue à vaquer à ses occupations, quoique le genou gauche soit un peu déformé, gonflé. Un mois après, en marchant, il est subitement arrêté par une douleur nouvelle; son genou gonfle; on le tranporte chez lui. Verneuil, appelé, constate une fracture de la rotule.

Application d'une gouttière avec bandelettes destinées à rapprocher les fragments. Le malade passe cinquante-quatre jours dans son appareil; pas de consolidation osseuse naturellement. Cependant, au bout d'un mois, il ne subsistait plus de raideur; le malade pouvait sortir, marcher toute la journée et remonter sans peine ses cinq étages.

Un deuxième accident arrête notre malade en mai 1880. Il glisse sur le trottoir, tombe, mais se relève et peut rentrer à pied chez lui après avoir marché l'espace d'un kilomètre environ. Le lendemain, le genou gauche est gonflé, douloureux et le repos au lit d'un bon mois devient nécessaire.

Troisième accident en 1883: nouvelle glissade, nouvelle chute. Encore un gonflement du genou gauche et un mois de repos au lit.

Accidents semblables en 1887, en 1888 et en 1889. En tout six.

Après le dernier, malgré son âge dejà avancé, le malade est resté vif, actif, capable de faire de longues courses. Il doit cependant s'aider de la rampe pour monter les escaliers.

Je trouve à l'examen le triceps très atrophié, et la rotule dans un état bien curieux. Elle est nettement divisée en quatre fragments que j'ai représentés aussi fidèlement que possible, tels que la palpation m'a permis de les reconnaître, dans le dessin schématique ci-contre. Comme vous le voyez, entre le fragment supérieur et le fragment inférieur, se trouvent taillés deux fragments en échelons qui occupent toute la largeur de la rotule et qui n'ont pas plus de 1 centimètre de haut. Tous ces fragments sont unis par des liens fibreux solides, sauf le deuxième et le troisième qui restent séparés absolument l'un de l'autre. On ne sent pas entre eux le moindre cal fibreux. Les six accidents n'ont laissé que trois traits de fracture, ce qui peut s'expliquer aisément de plusieurs façons (*fig.* 1).

Voici donc une rotule qui était très fragile, sans que nous puissions dire comment ni pourquoi.

Je ne suis pas étonné que dans des expériences où l'on exerce sur des rotules, même peu solides, une traction continue — comme semble l'avoir fait M. Chaput, — on n'obtienne pas aisément des fractures. Il faut tenir compte, en effet, de l'à-coup, de l'effort brusque, instantané, dont les effets sont singulièrement plus violents. Les malades atteints de lésions nerveuses fracturent peut-

être leurs rotules sous une double influence : fragilité résultant de troubles nutritifs, puis à-coups, contractions brusques, résultant de la mauvaise innervation des muscles.

Cette dernière cause semble prépondérante chez les blessés qui, après une première fracture, en produisent itérativement une

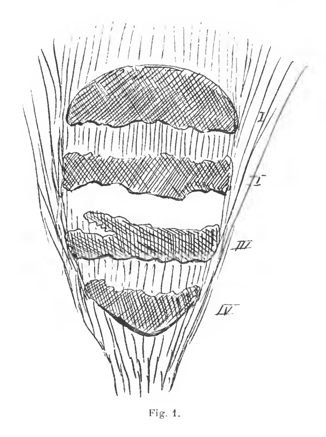


Fig. 1.

autre sur la même rotule, alors que leur triceps est encore sensiblement atrophié.

Deux malades chez lesquels j'avais antérieurement suturé la rotule m'ont fourni l'occasion d'observer de ces fractures itératives dans des conditions si intéressantes que je ne puis m'empêcher de vous les faire connaître.

Le premier, un homme de 38 ans, très vigoureux, se fait, sans cause générale ou locale appréciable, au commencement de l'année 1896, une fracture transversale de la partie moyenne de la rotule droite. Quatre ou cinq jours après l'accident, j'ouvre le foyer de la fracture, j'évacue les

caillots contenus dans le genou et je pratique la réunion des parties fibreuses au-devant de la rotule par un surjet à la soie. La réunion fut parfaite. Quatre semaines après, le malade commençait à se lever. Au bout d'un mois et demi, il reprenait complètement ses occupations.

Neuf mois après, il faisait une glissade, éprouvait un craquement dans le même genou, où réapparaissant tous les signes de la fracture.

Nouvelle intervention dans laquelle je constate que mes fils de soie ont été rompus et que la rotule, consolidée d'une façon absolue par un cal osseux parfait, s'est rompue au niveau de ce cal lui-même.

Cette fois, je fais le cerclage de la rotule et la guérison s'obtient sans accident notable.

Le deuxième fait est encore plus curieux.

Un homme de 35 ans, vigoureux, mais atteint de quelques accidents centraux imputables à une infection spécifique ancienne, se fracture la rotule droite à la fin d'août 1896.

Je pratique chez lui la suture avec deux fils d'argent d'un millimètre de diamètre. Guérison parfaite; reprise des mouvements et de toutes les occupations au bout de sept à huit semaines.

En décembre, contraction brusque inexpliquée pendant la marche, douleur et gonflement du genou. A l'examen, nous constatons que les fragments sont disjoints mais non écartés. Le blessé était un peu souffrant; on le soignait pour autre chose. Il nous répugnait d'aller voir ce qui s'était produit. Nous le laissons tranquille. Au bout de vingt-cinq à trente jours, tout était rentré dans l'ordre; il n'y avait plus trace de mobilité et le malade reprenait toutes ses occupations; mais nous n'en étions pas quitte avec lui.

Trois mois après, nouvel accident semblable au premier, en descendant un escalier. Cette fois, grand écartement des fragments avec épanchement dans le genou et tous les signes d'une fracture complète.

La radiographie, habilement pratiquée par M. Poupinel, nous a fourni l'explication de ces deux accidents. Ainsi que vous pouvez le voir sur la photographie ci-contre, les fils d'argent ont été rompus, et non pas une seule fois, mais deux fois. En avant, la rupture s'est produite au niveau du point de torsion des fils. En arrière, elle s'est faite en plein fil, à la partie moyenne de sa largeur. Voici ce qui s'est certainement passé. Dans le premier accident, la rotule a cédé et avec elle le fil au niveau de sa partie la plus faible, dans le centre de la torsion. La partie postérieure de l'anse métallique a tenu. L'écartement s'est trouvé limité. Une réparation nouvelle est intervenue. Dans le dernier à-coup tout est parti, rotule et anse postérieure du fil.

Ici encore je suis intervenu à nouveau. Le foyer de fracture mis à nu, j'ai trouvé les surfaces de section de la rotule complètement recouvertes par des lames fibreuses rebroussées en dedans jusque

dans l'articulation. Comme dans le cas précédent, une réunion os-



seuse s'était faite, mais seulement sur les deux tiers internes du trait de fracture. Sur le tiers externe, une forte réunion fibreuse

s'était établie, si forte que, dans le dernier accident, elle avait arraché un segment triangulaire du fragment inférieur.

J'ai cherché et, non sans quelque peine, trouvé mes fils métalliques. L'épreuve radiographique m'a très bien guidé dans cette recherche. Cachées comme elles l'étaient dans d'épais trousseaux fibreux, les extrémités des fils auraient sans cela pu m'échapper très bien. Ces fils enlevés, j'ai fait une nouvelle suture avec un gros fil de platine et, par surcroît de précaution, j'ai fait le cerclage avec un fil semblable.

Je dois dire que le succès a été aussi rapide et aussi parfait que la première fois. J'espère que toute récidive est désormais impossible.

On comprend que des faits de ce genre soient de nature à influencer le choix de la méthode que je suis disposé à employer pour le traitement des fractures de la rotule qui se présenteront désormais à mon observation.

Puisque la fracture itérative est possible, il faut évidemment employer des moyens d'union à l'abri de toute rupture.

A ce point de vue, je ne crois pas que la simple suture des parties molles prérotuliennes soit de nature à nous fournir une sécurité suffisante. A côté de mon observation, j'ai cité un cas de M. Périer; on en trouverait probablement d'autres.

La suture avec des fils métalliques réunissant les fragments rotuliens est certainement préférable. Encore ici faut-il choisir ses fils, et je crois qu'il serait bon de remplacer les fils d'argent par des fils de platine.

Mais il me semble que le procédé de choix devrait être le cerclage rotulien avec un fil de platine suffisamment solide. D'une exécution très simple, cette opération fournit définitivement à la rotule un soutien total qui, jusqu'à plus ample informé, me parait s'opposer mieux que tout autre moyen à la fracture itérative.

M. Championnière. — Le traitement des fractures de la rotule est souvent encore l'objet de descriptions très divergentes. Cependant, il serait grand temps que les chirurgiens eussent une opinion ferme et conforme à tout ce que la science moderne nous a fait connaître de progrès.

Ces progrès peuvent se rapporter à deux conditions nouvelles apportées dans cette thérapeutique.

La première de ces conditions, c'est la *suppression des appareils* et l'emploi du *massage*.

Nombre de chirurgiens avaient déjà pensé que la grande rigueur dans la contention des fragments n'assurait pas le succès, lors-

que Metzger conseilla carrément l'emploi du massage, et Tilanus, d'Amsterdam, dans une importante communication au Congrès de chirurgie de 1885, fit connaître des faits très probants et donna à cette thérapeutique tout l'appui de sa haute autorité scientifique. C'était la seule fracture régulièrement traitée par le massage. Les auteurs donnaient ce conseil en faisant remarquer que, le but à poursuivre étant la souplesse et la solidité de l'articulation, la conservation des muscles, le massage pouvait être conseillé sans qu'on eût rien à craindre *pour un cal qui ne devait pas se faire*. Ce principe est bien différent de celui que j'ai présenté et qui est le fondement de ma méthode, la *régénération osseuse facilitée par le mouvement* méthodique des fragments pour toutes les fractures autres que celle de la rotule.

L'autre condition, plus importante pour la thérapeutique, c'est l'*ouverture large de l'articulation* du genou pour la *suture directe* de la rotule par le fil d'argent. Celle-ci, on la doit à Lister. C'est lui qui montra le premier, dans son mémoire de 1883, que sa chirurgie permettait cette audace et conduisait à la cure facile et parfaite de l'une des lésions traumatiques qui laissent après elles une des infirmités les plus graves et sans remède. En effet, si le massage apporte dans la thérapeutique un progrès considérable, ce progrès n'est que relatif aux insuffisances des traitements par les appareils. On peut obtenir un genou plus souple, un membre plus vigoureux; on reste encore souvent loin de la puissance du membre normal.

L'intervention opératoire qui obtient la *réparation immédiate* de la lésion traumatique, qui permet la *marche presque immédiate* à un sujet qui eût dû attendre pendant des mois une marche imparfaite, qui assure un membre aussi solide que le membre indemne et quelquefois *plus solide*, cette intervention devait désormais constituer une méthode de choix.

Je dois ajouter que là, comme pour la plupart des opérations qu'il a proposées, Lister a si bien prévu les nécessités pratiques de l'intervention, qu'on n'a pu après lui que perfectionner certains détails et mettre l'opération au point, sans apporter d'invention fondamentale.

Après les découvertes que je viens de rappeler, une sorte de formule s'imposait aux chirurgiens en ce qui concerne cette thérapeutique. Une méthode de choix, une méthode parfaite prime toutes les autres, c'est la *suture de la rotule pratiquée* à ciel ouvert, avec *ouverture large de l'articulation*. Dans les cas les plus rares, dans lesquels l'âge, un état cachectique ou des motifs de convenance déterminés, rendent cette méthode inapplicable, on peut recourir au massage appliqué même dès la première heure,

soit beaucoup plus tôt que ses promoteurs eux-mêmes ne l'avaient conseillé.

Eh bien, malheureusement, on doit le dire, nous sommes bien loin de cette thérapeutique. Nous voyons encore, à la suite des fractures de rotule, des sujets immobilisés pendant des semaines, et même des mois. Nous les voyons ensuite affectés de cette gêne particulière qui caractérise le traitement immobilisateur des fractures de la rotule, avec ses raideurs articulaires et ses insuffisances musculaires, et bien des chirurgiens affirment encore, qu'en ce faisant, ils emploient une méthode plus sûre, très suffisante et leur donnant des résultats qu'il est inutile de demander à la suture, en réservant celle-ci pour les cas rares, disent-ils, où les suites du traitement laissent un membre impotent.

De temps à autre, on nous présente même des appareils de contention violente, plus ou moins dérivés des griffes de Malgaigne, comme si l'ajustement violent des os pouvait donner la solution du problème.

Enfin, les plus audacieux parmi les chirurgiens nous présentent des sujets qu'ils ont opérés, mais en modifiant quelques détails de l'opération primitive de Lister. Les uns *passent les fils* d'une façon un peu différente et pensent avoir constitué une méthode nouvelle, et les autres pensent avoir fait une découverte sérieuse en *supprimant l'ouverture large de l'articulation*. On ne craint pas, pour assurer la sécurité des suites et la solidité de la rotule, d'ajouter une immobilisation assez longue ou de compliquer la convalescence d'un massage plus ou moins prolongé. En consultant un article du D[r] Albert Careless, dans le *Practitioner*, juin 1895, une bonne thèse du D[r] Albert Cricks, de Bruxelles, 1896 (*le Massage et la suture osseuse*), on peut se rendre eompte du peu d'ensemble de la chirurgie sur ce point.

En réalité, toutes ces pratiques ne constituent *aucun progrès* et les chirurgiens qui s'imaginent avoir fait une découverte nouvelle parce qu'ils ont un petit groupe de faits, auraient constaté aisément, s'ils avaient eu de très nombreuses opérations à faire, que l'expérience comporte quelques modifications de détail variables avec les cas qui ne sauraient passer pour des inventions à proprement parler, mais qu'il faut bien se garder de négliger les principes fondamentaux de ces opérations qui répondent réellement à des nécessités vues dès le début.

La fracture de rotule étant, en somme, un traumatisme assez rare, on n'a pas de très nombreuses occasions d'opérer.

Depuis quinze ans, j'ai fait cinquante opérations de suture de rotule pour des fractures, et cinq opérations de sutures tendineuses pour des traumatismes voisins du genou sans fracture de

rotule. Je ne pense pas qu'un seul chirurgien ait sur la matière une expérience semblable à celle de ces cinquante-cinq cas, d'autant plus que j'ai eu dans la même période quelques occasions de traiter la fracture de la rotule par le massage. Je pense donc être en mesure de formuler sur ce sujet des opinions qui seront difficilement contredites.

Comme on a accusé cette méthode de causer des accidents graves, je tiens à citer d'abord tout ce qu'au cours de cette longue série je puis avoir eu de cas malheureux. On verra qu'aucun n'est imputable à l'opération; des coïncidences se sont produites que l'on peut rencontrer dans toutes les séries nombreuses. *Aucun cas de complication partie de l'articulation ne s'est montré.*

Un cas de mort par le chloroforme, chez une femme obèse que j'avais d'abord refusé d'opérer et chez laquelle le chloroforme fut donné dans des conditions défectueuses.

Un cas de mort survenu chez un sujet qui avait subi un écrasement du rein au moment du traumatisme qui lui avait fracturé la rotule. Lorsqu'il succomba, le neuvième jour après l'accident, sa plaie articulaire était guérie et sa rotule parfaitement solide. J'avais suturé cette rotule quelques heures après l'accident. La complication viscérale fut reconnue plus tard. Bien qu'il n'y ait de ce fait aucun reproche à adresser à la suture, je pense qu'il est toujours préférable, pour éviter ces coïncidences, de laisser écouler un peu de temps entre le traumatisme et l'opération, de façon à ne pas être sujet à cette surprise.

J'ai vu succomber un jeune homme onze jours après une suture de rotule avec des accidents de vomissements incoercibles que nous n'avons pu rapporter qu'à des accidents goutteux. Son articulation avait guéri sans incident et sa rotule était parfaitement solide. C'est un fait auquel je ne connais en chirurgie aucun équivalent complet.

Enfin j'ai joint à ces faits le cas d'un malade dont l'histoire est très complexe. Il avait subi déjà deux fois l'ouverture de l'articulation du genou. Je lui avais fait une suture de rotule sept ans auparavant et il avait guéri facilement, quoique les fragments ne fussent pas en contact. C'était un cas de rapprochement incomplet de la rotule.

Il s'était cassé la rotule à nouveau ou, pour mieux dire, il avait rompu les fils qui tenaient les fragments en relation. Il entra dans le service d'un de nos collègues qui lui ouvrit le genou et lui mit des fils. A la suite de cette ouverture, il suppura longtemps, sa fracture se reproduisit et il se présenta dans mon service avec un genou énorme et douloureux. Je lui ouvris le genou que je trouvai rempli d'un liquide louche et contenant deux fils cassés. Je pensais

que l'articulation bien nettoyée guérirait. Je lui fis deux sutures rotuliennes. Dans la nuit, le malade, qui était une sorte d'aliéné, défit son pansement par-dessous en le desserrant. Il resta quarante-huit heures avec ce pansement défait, sans qu'on pût s'en apercevoir. Son genou se mit à suppurer sans phénomènes d'abord bien graves. Des contre-ouvertures furent suffisantes pour lui bien vider son article. Malgré cela, ce sujet, très cachectique, se déprima peu à peu et mourut au bout de quarante-trois jours.

Aucun de ces cas malheureux ne peut guère être mis à la charge de la suture de la rotule, et le dernier cas devrait être écarté tout à fait de la statistique. Je ne l'ai mis là que pour donner une histoire complète et par acquit de conscience. Ce qui démontre précisément qu'aucun cas n'est à la charge de la suture, c'est que, même dans les plus mauvaises circonstances, *je n'ai jamais observé la suppuration d'une articulation.* Le dernier cas cité est plutôt en faveur. J'ai fait une tentative pour nettoyer une articulation antérieurement malade et suppurée, et je crois bien que dans ce cas j'aurais réussi comme dans un bon nombre de cas d'arthrites suppurées plus compliquées, si j'avais eu un malade plus docile.

En réalité l'ouverture de l'article a été faite en toute sécurité. Or, c'est là un fait bien important parce que cette *ouverture* articulaire *large* est un point capital dans le traitement des fractures de la rotule. La suture n'est peut-être pas aussi importante. En effet, dans toute fracture de rotule, *rapprocher* les os n'est pas la difficulté principale.

Comme je l'ai montré tant de fois au cours de mes opérations, les os sont séparés par une sorte de *tablier fibreux*. Si ce tablier fibreux n'est pas enlevé de l'article où il plonge, il est matériellement impossible que les fragments rotuliens se réunissent autrement que par un tissu fibreux, quelle que soit la pression exercée sur eux.

Aussi les chirurgiens qui se sont vantés d'obtenir la réunion osseuse de la rotule par un appareil quelconque, fût-il la griffe, ont avancé un fait impossible. Quelques cas très rares de fracture directe pourraient seuls permettre cette réunion. Cette intercalation de tissu fibreux est moins marquée dans les fractures directes, que dans les fractures par arrachement, mais je l'ai montrée pourtant dans plusieurs cas.

Avant la suture le nettoyage de l'article joue un rôle considérable. Quand on voit la quantité du sang que l'on enlève d'un article qui vient d'être atteint, on s'en rend bien compte. Mais quand on ouvre un foyer déjà ancien de fracture de rotule, on se rend mieux compte encore des désordres énormes auxquels l'ouverture large permet seule de porter un remède direct.

Lister avait indiqué ces faits et donné une technique qui comprenait l'ouverture large de l'articulation avec drainage, la réunion des fragments par un ou deux fils. Il avait insisté sur l'utilité qu'il y a ensuite à laisser le sujet se mobiliser lui-même et sur le danger de forcer la flexion.

Les modifications que mon expérience m'a amené à introduire dans l'opération primitive sont les suivantes. Au lieu d'ouvrir l'article par une incision verticale, ou par un lambeau convexe très court, j'ouvre l'article, comme je fais pour la résection du genou, par un très grand lambeau *descendant jusqu'à l'épine tibiale.* Ce lambeau convexe en bas, après avoir été relevé en l'air au-devant de la rotule, est rabattu et a l'avantage de placer la cicatrice très bas et hors de toute atteinte dans les mouvements du genou. Elle donne un champ opératoire énorme et qui peut être étendu autant que les circonstances de l'opération peuvent le demander.

J'ai indiqué dès le début la nécessité de ne pas se contenter d'un *seul fil.* J'ai toujours placé *deux fils* parallèles, ce qui assure beaucoup de solidité, donne un contact plus régulier des fragments et permet même aux fils de participer à la consolidation de la rotule.

J'ai montré à employer d'énormes fils. Ayant eu l'occasion de placer des fils dans des cas où le rapprochement n'était pas possible, j'ai vu la nécessité d'employer des fils très volumineux et j'ai pensé qu'il serait utile de consolider la rotule, dans tous les cas, par ces attelles définitives. J'ai donc adopté le *fil d'argent de un millimètre* de diamètre dans les cas les plus simples comme dans les cas les plus compliqués.

Quel que soit le cas, j'ai toujours pratiqué le nettoyage complet de l'articulation et j'ai toujours conservé le drainage. Je ne place pas *mes drains* dans l'intérieur de la jointure, mais *à l'extérieur.* Cela suffit à détendre l'article, et je suis assuré que ce drainage qui ajoute à la sécurité *défend aussi les sujets contre la douleur.* Les opérations sans drainage ont, en règle générale, des suites bien plus douloureuses que celles avec drainage.

Au sujet du passage des fils, des modifications sur le procédé primitif de Lister se sont imposées. Lister conseillait de passer les fils obliquement à travers la substance osseuse des fragments rotuliens en tâchant d'éviter de traverser le cartilage.

J'ai eu pour ma part, l'occasion de le faire souvent. Lister craignait d'irriter et de couper le cartilage. Je pense que cela n'a pas une grande importance. Mais il est certain que cette manière de passer les fils donne un ajustement parfait des fragments.

Mais comme il est intéressant avant tout de choisir un point de rotule bien solide et d'enserrer assez de substance osseuse dans le

fil, il ne faut pas hésiter à traverser toute la substance de la rotule pour bien placer son fil. Celui-ci doit toujours comprendre *une importante portion de la substance osseuse.*

On a dit que ces différents temps de passage des fils étaient difficiles. Ils comportent seulement un petit tour de main. Pour ma part, je n'ai jamais employé de perforateurs compliqués. Je traverse la rotule avec mon perforateur à moi, qui est une simple tige d'acier, *une sorte de poinçon, avec un chas au bout*, tige emmanchée sur un manche arrondi qui tient bien dans la paume de la main. C'est un instrument des plus simples qui pourrait être remplacé par un poinçon quelconque, pourvu d'un chas pour ramener le fil, ou même sans chas en poussant le fil derrière le poinçon.

Est-il nécessaire de toujours traverser la substance de la rotule? Certainement non, et dans certains cas cela devient même impossible, si bien que ce qu'on a appelé depuis *le cerclage de la rotule* s'est présenté *comme une œuvre de nécessité.*

Cela est si vrai que je l'ai pratiqué depuis nombre d'années et montré à bien des gens comme un acte nécessaire, si la rotule est trop friable ou si elle est divisée en fragments multiples dont aucun ne saurait porter les fils solidement.

Dans ma troisième opération du 4 mai 1880, l'un des deux fils en bas traversait le tendon rotulien et non pas les fragments.

Dans mon observation 4 du 30 novembre 1888, les deux fils qui avaient passé dans le fragment supérieur traversaient le tendon rotulien et enserraient les fragments inférieurs. Il en est de même dans les opérations du 14 et du 31 mai 1889. En définitive, dans neuf cas, je n'ai traversé qu'une petite partie de la rotule et le principal de mes fils a enserré les fragments *au lieu* de les traverser.

Depuis, divers auteurs ont proposé le cerclage (entouré les fragments par un fil métallique au lieu de les traverser), si je n'ai pas comme eux, fait de cette manière de procéder une opération définitive, c'est que je lui ai vu quelques inconvénients.

D'abord l'ajustement des fragments est infiniment moins précis que lorsque les fils passent à travers la rotule.

Puis c'est l'inutile irritation du cartilage rotulien dans toute sa hauteur et la saillie dans l'article du fil qui coupera le cartilage et de ce fait soutiendra bien moins les fragments. L'inflammation chronique des articulations à fracture est suffisante pour qu'on ne cherche pas à lui ajouter cette irritation du cartilage.

Enfin l'expérience nous apprend que la solidité de la rotule qui contient les fils est telle que je n'ai jamais vu, pour ma part, un de ces fils faire éclater les fragments.

Je pense qu'il est sage donc de s'en tenir à un procédé qui a

fait ses preuves, au lieu de chercher un procédé nouveau qui n'a pas fait les siennes, mais qui, théoriquement, présente au moins de petits inconvénients.

En ce disant, je ne parle que du cerclage fait avec ouverture large de l'articulation, car on fait aussi le *cerclage sans ouverture de l'articulation*. Ce dernier est un procédé *sans valeur* qui ne mérite pas qu'on s'y arrête.

J'ai ailleurs insisté sur la nécessité de compléter les opérations par des *sutures périostiques*, qui ont l'avantage de permettre de bien cacher les fils métalliques et d'assurer les réunions fibreuses et musculaires.

Au cours des opérations que j'ai faites, il y a encore une action qui m'appartient en propre. J'ai pensé qu'il y a de sérieux avantages à *mobiliser la jointure tout à fait prématurément*. Non seulement j'ai supprimé absolument tous les appareils immobilisateurs mais je suis arrivé à déterminer une mobilisation effective de la jointure dès les premiers jours. Au lieu de laisser les malades sans les faire marcher durant six semaines, comme l'avait fait Lister, au lieu même de faire marcher les sujets au bout de trois semaines, comme je l'avais fait d'abord, je suis arrivé à les faire marcher au bout de dix jours. J'ai vu que, grâce à la sécurité donnée par les gros fils, il était inutile d'attendre même un commencement de consolidation pour faire fonctionner le membre. Mais j'ai constaté aussi qu'il ne fallait pas oublier le principe qui, dès le début, avait été affirmé par Lister, à savoir qu'il est inutile de forcer l'articulation.

Nombre de fois j'ai vu les chirurgiens oublieux de ce principe l'apprendre à leurs dépens, ou plutôt aux dépens de leurs malades, qui souffraient, qui ne retrouvaient leurs mouvements que plus lentement ou qui même ne les retrouvaient jamais complètement. Lors donc qu'on fait la mobilisation et lorsqu'on permet la marche, il faut laisser les mouvements revenir graduellement et ne pas chercher à favoriser le retour du mouvement en provoquant des flexions excessives.

En ce qui me concerne, j'ai encore exagéré le principe de Lister relatif à l'*ouverture large* de l'articulation. Je crois, en effet, que c'est là un point capital, aussi bien au point de vue de la *sécurité* qu'au point de vue de la *perfection* des résultats, et l'emploi de ces nettoyages m'a permis des actions multiples. Non seulement j'ai pu extraire avec soin tous les tissus fibreux déchirés qui pénétraient l'article, mais j'ai enlevé des fragments osseux, des fragments de cartilage. J'ai nettoyé des épanchements sanguins énormes distendant l'article et le tissu cellulaire.

J'ai pu encore nettoyer les tissus fibreux et les ramener en

avant de l'article pour protéger la région suturée, et j'ai pratiqué et recommandé la suture de ces tissus fibreux.

J'ai eu l'occasion, bien des fois, d'enlever la bourse prérotulienne par fragments importants.

Comme on le voit, j'ai fait un nombre d'opérations infiniment plus considérable que Lister lui-même, et j'ai apporté dans la pratique quelques modifications importantes, plus importantes sans doute que les prétendues opérations nouvelles. Je n'en veux pourtant pas faire d'opération nouvelle. C'est bien l'opération de Lister avec les perfectionnements de l'expérience.

Quels ont été, du reste, pour moi, les résultats définitifs de mes nombreuses opérations? Depuis plus de quinze ans, j'ai eu des occasions de revoir mes opérés. Aucune opération peut-être ne m'a donné de résultats plus satisfaisants au point de vue de la fonction aussi bien qu'au point de vue de la forme. L'apparence des rotules, sauf dans les cas anciens à grand écartement où j'ai établi une charnière métallique, a toujours été celle de la continuité par réunion osseuse.

J'ai vu d'abord, avec la solidité du membre, revenir la puissance des muscles atrophiés.

Lorsque j'ai opéré d'emblée, j'ai vu que les muscles ne s'atrophiaient pas. Aussitôt donc que le sujet pouvait se mettre sur ses jambes, il retrouvait la puissance de ses membres.

Le retour à une marche solide et régulière sans boiterie a été la règle constante. J'en ai montré de nombreux exemples. J'ai pu en montrer le cas le plus frappant chez un homme atteint de fracture des deux rotules qui marchait admirablement.

Parmi les cas opérés, j'ai relevé sept charretiers qui ont pu reprendre leur pénible métier. J'ai vu revenir à leur métier primitif un déménageur, un porteur aux halles et un acrobate dont la spécialité était le saut périlleux.

Le retour aux fonctions du membre a toujours été beaucoup plus rapide que pour tous les autres traitements, mais il a toujours été en raison directe de la docilité du sujet. Deux faits m'ont paru retarder sensiblement les résultats. La prolongation de l'immobilisation. J'ai vu des malades qui, une fois sortis de l'hôpital, ont suivi les conseils qu'on leur avait donné intempestivement de garder le repos pour quelque temps. Dans ces cas ils étaient restés sans progrès pendant une période assez longue et il a fallu s'occuper d'eux à nouveau pour les amener à assouplir leur membre.

Par contre j'en puis citer que, par un zèle maladroit, on a voulu masser pour leur permettre un retour plus rapide à l'état normal. Il est encore arrivé dans ce cas que l'exagération des efforts faits

pour plier le membre avait retardé un retour franc au mouvement régulier.

Je n'ai observé de cas de refracture de la rotule que sur des sujets chez lesquels il ne pouvait pas y avoir eu de consolidation. C'étaient des sujets chez lesquels *les fils rapprochaient les fragments* sans les accoler, formant entre ces deux fragments une véritable charnière. La charnière a cassé.

J'ai même eu l'occasion de mettre une nouvelle charnière avec des fils plus forts et de suivre mes sujets solides à nouveau.

C'est un fait très singulier et très intéressant que je n'ai jamais vu une rotule céder dans son tissu au niveau et en arrière du fil. Cela tend à démontrer que *le fil fait masse avec le cal* et contribue à ajouter à la *résistance de la rotule réparée*. Ce fait mérite d'être signalé, puisque plusieurs observations semblent démontrer déjà que des fractures réparées à l'aide d'un fil périostique n'ont pas résisté. Le fait serait de nature, à lui tout seul, à faire renoncer à cette prétendue simplification de l'opération.

Or, mes observations étant très nombreuses, mes faits ont beaucoup d'importance, car j'ai vu des sujets reprendre des travaux très pénibles. J'ai cité entre autre cet acrobate qui s'était *au bout de deux mois*, remis à faire le saut périlleux et a continué ainsi depuis plusieurs années sans incident.

Après avoir observé ce fait et d'autres du même ordre je pense pouvoir affirmer que mon procédé a fait ses preuves en ce qui concerne la solidité.

Dans la suite des opérations il y a un détail qui n'est peut-être pas de très grande importance, mais que les malades apprécient volontiers. *La disparition de la douleur est presque immédiate* et au cours du traitement elle ne reparaît pas. On sait, d'ailleurs, que lors de l'application des appareils le traitement est habituellement douloureux. On conçoit, en effet, comment l'ouverture large de l'articulation, l'évacuation du sang, de la sérosité, des liquides d'infiltration et le drainage sont susceptibles de soulager le malade.

Les sutures de la rotule à ciel ouvert avec fils métalliques, perdues, forment un type d'opération autour duquel on peut grouper une série d'opérations de même famille dont l'articulation du genou est le centre principal.

J'ai eu l'occasion de pratiquer cinq de ces opérations qui sont neuves et méritent en quelque sorte le terme d'invention. Je ne veux que les citer, parce qu'une description complète peut seule en montrer toute la valeur.

L'une des plus curieuses *fut la réparation par des fils métalliques des tendons rotuliens* du triceps arrachés sur les deux rotules. Chez un homme de 42 ans, l'accident arriva au cours d'une

chute dans un escalier. Je l'opérai 20 jours plus tard, le 23 janvier 1894. Les tendons étant arrachés sur la rotule de façon à raser l'os, je passai pour chaque rotule deux gros fils d'argent que je fixai très haut sur le tendon du triceps où ils s'arrêtèrent sur un bourrelet dur.

Le sujet guérit vite, marcha sur ses deux jambes sans faiblesse ni boiterie, et reste actuellement dans le plus parfait état de solidité.

Tendon rotulien artificiel. — Chez un homme qui n'avait plus de tendon sous-rotulien, qu'il s'était arraché au niveau de l'épine tibiale, deux fils d'argent passés des deux côtés de l'épine tibiale et dans le bord inférieur de la rotule remplacèrent le tendon absent et le remplacent encore, le malade continuant un travail très dur de manœuvre-charretier. Cet homme était impotent depuis plusieurs mois. Il ne pouvait même se tenir debout. (30 janvier 1890.)

Chez un sujet dont j'ouvris le genou pour une opération très complexe dans l'articulation pour cal fémoral, je divisai par le travers le tendon du triceps et je le suturai ensuite. Il est resté absolument guéri. Cette réunion directe du tendon complètement divisé avait donné un excellent résultat.

Chez un jeune sujet chez lequel le *tendon sous-rotulien était arraché* de façon à raser l'épine tibiale, je passai un gros fil d'argent à travers cette épine, de façon à ramener mon tendon en place et à le suturer aux parties molles voisines. Je voulais, en plaçant *un tendon métallique provisoire*, favoriser la réparation. Je laissai le fil d'argent près de deux mois pour permettre au tendon de reprendre ses attaches et puis je le retirai au bout de ce laps de temps pour permettre des mouvements aisés du membre.

Enfin, pour une rupture du tendon sous-rotulien du triceps, j'ai renouvelé récemment une opération analogue à celle que j'avais faite chez le sujet atteint de double rupture.

Je cite ces observations à côté de celles de fracture de la rotule pour montrer la mine inépuisable de procédés opératoires que peut nous fournir l'ouverture large de l'article et la manœuvre hardie des fils permanents. Je crois qu'il sera facile de montrer que les pauvres méthodes que l'on a opposées à la grande méthode de Lister n'auront rien de semblable à réclamer.

En quoi consistent donc ces méthodes? Elles ont deux caractères distincts. Les uns redoutant les grandes ouvertures articulaires représentent des opérations économiques. Or, du moment qu'elles sont assez économiques pour ne pas ouvrir largement l'article, elles sont à la fois *dangereuses* au premier chef comme toutes les opérations aveugles, et *inutiles* puisqu'elles ne peuvent remédier à la

condition fondamentale qui s'oppose à la réunion de la rotule, à l'interposition du tissu fibreux arraché.

Les autres ont modifié soit les fils, soit la manière de les passer. On a *cerclé la rotule*, c'est-à-dire que l'on a voulu généraliser ce qui pouvait être admis dans certaines formes de fractures, comme un pis aller, en *passant le fil autour des fragments* au lieu de lui faire pénétrer la substance. L'ajustement moins bon des fragments, l'encombrement inutile de l'articulation par les fils qui reposent sur le cartilage, la possibilité pour ces fils de rester moins bien tendus après avoir traversé le cartilage, doivent faire condamner cette méthode dans sa substitution générale à une méthode plus sûre et tout aussi simple.

Quant à la *suture périostique* seule, que l'on fait en avant de la rotule avec un fil souple quelconque, il saute aux yeux qu'elle nous fait perdre le bénéfice de la consolidation que nous donne le fil d'argent en jouant le rôle d'*attelle permanente*. Si on considère que dans le total de plus de cinquante cas je n'en ai jamais observé un qui pût permettre d'attribuer un inconvénient à la persistance de ces fils, on ne voit pas bien au nom de quel intérêt on propose cette substitution. Remplacer une opération *sûre* par une opération qui a chance d'être *médiocre*, voilà tout le résultat probable. Le petit nombre d'observations a déjà permis de constater par l'expérience le manque de solidité attribuable à ce procédé. En effet, quoiqu'il eût été encore peu employé, on a déjà cité plusieurs cas de refracture de rotules ainsi suturées.

En présence de ces faits, je pense que l'on conclura volontiers avec nous qu'il n'y a qu'une méthode opératoire des fractures de rotule, que cette méthode, c'est celle de l'ouverture large avec suture métallique permanente inaugurée par Lister. Je pense que les modifications que j'ai apportées à cette méthode sont des progrès qui ont subi actuellement l'épreuve du temps et de l'expérience.

L'expérience que j'ai moi-même de ces conditions est la suivante : sur les cinquante-cinq cas que j'ai opérés je n'ai jamais vu ni inflammation ni suppuration. Si j'ai cité plus haut tout au long les cas malheureux, c'était précisément pour montrer que les plus mauvaises conditions n'avaient jamais mené à la suppuration et que dans le seul cas où j'ai vu du pus, il s'agissait non seulement d'une arthrite antérieurement suppurée, mais d'un sujet qui eût guéri vraisemblablement de cette suppuration antérieure, s'il n'avait ajouté a son cas grave une destruction de son pansement protecteur.

Le massage après la fracture de rotule. — Le massage mériterait un chapitre tout entier. J'estime, en effet, qu'après la *suture* c'est la seule thérapeutique *sans opération* qui vaille qu'on s'y

arrête. Cependant les traités de chirurgie les plus récents sont remplis de descriptions d'appareils variés inutiles ou dangereux avec des explications théoriques sans valeur pour tous ceux qui, ayant régulièrement ouvert les articulations savent bien la véritable anatomie pathologique des fractures de rotule. Les conditions matérielles de l'articulation s'opposent absolument à toute réunion directe des fragments. La multiplicité même de ces appareils affirme leur inanité. On les conseille cependant. Quant au massage, il est relégué au second plan et on cite sans s'y arrêter les communications de Tilanus sur ce sujet.

En effet, au Congrès français de chirurgie de 1885, *Tilanus*, d'Amsterdam vint après Metzger affirmer l'utilité du massage dans le traitement des fractures de rotule. Il montra que, sans appareil, les fragments rotuliens, dans une articulations massée, se rapprochent suffisamment et que, bien que ces fragments ne puissent être fusionnés par un cal osseux, les fonctions du membre sont ramenées dans des conditions parfaitement suffisantes.

Du reste, Tilanus conseillait encore la compression ou la réfrigération de l'articulation et demandait que les premières applications du massage fussent aussi modestes que possible.

Le massage n'a pas pris la part qu'il mérite dans ce traitement. En ce qui me concerne pourtant, dans mon *Traité du massage des fractures et des luxations*, j'ai donné une formule qui me paraît la plus juste et la plus pratique.

La suture avec ouverture large de l'articulation est le véritable traitement des fractures de rotule. Toutes les fois que ce traitement régulier ne peut recevoir son application pour cause d'âge, de cachexie ou pour toute autre cause, le massage donnera des résultats supérieurs à ceux de tous les traitements connus pour l'immobilisation des fragments. *On peut donc éliminer à l'avance tous les appareils de fracture de rotule.*

Ce massage devra être fait à l'époque la plus rapprochée possible de l'accident qni a amené la fracture.

Ce massage devra être fait toujours sur les parties molles en évitant le contact des doigts et des fragments.

Il doit être fait avec assez de douceur et assez progressivement pour éteindre complètement la douleur.

Il faut exclure de ce traitement toutes les manœuvres violentes. Celles-ci constituent toujours une erreur. Elles constituent une des fautes des rebouteurs, dont les pratiques sont souvent si brutales que les malades ne les supporteraient pas de la chirurgie régulière.

Dans la plupart des cas, les essais de marche peuvent être très rapides, du huitième ou vingtième jour. L'opérateur ne doit jamais faire des essais de flexion exagérée.

Il faut bien se garder de mettre sur la région des topiques humides et surtout des topiques froids.

Une bande modérément serrée de façon à donner une sensation de contention au patient sans gêner la circulation du membre, sera l'appareil suffisant.

La douleur des premiers jours peut réclamer une immobilisation relative. J'aime mieux, pour ma part, pas d'immobilisation du tout. Mais si ce repos du membre est indispensable, on l'obtiendra facilement avec une gouttière et plus simplement avec un coussin de sable peu rempli et de la forme d'une gouttière.

Les cas dans lesquels j'ai dû utiliser le massage pour les fractures de la rotule ne sont pas très nombreux. Cependant, ils ont suffi à me démontrer que les résultats de ce traitement sont toujours supérieurs à ceux des appareils. Quand, du reste, on y réfléchit, sans parti pris, on peut prévoir que les appareils ne peuvent rien faire pour favoriser le retour des fonctions, mais qu'ils peuvent tout pour l'empêcher.

L'immobilisation ne favorise pas la résorption des épanchements. Elle favorise l'atrophie des muscles. Elle laisse les articulations enraidies.

Or, il suffit d'avoir ouvert une seule articulation atteinte de fracture de rotule pour avoir constaté que la réunion des fragments d'une rotule brisée par un appareil extérieur contensif est chose impossible. A cause de la présence de trousseaux fibreux interposés, le contact des fragments osseux est toujours impossible.

La fracture, de rotule en l'absence de l'ouverture large articulaire, est condamnée au cal fibreux, sauf des cas d'une extrême rareté.

Le cal fibreux sera d'autant plus puissant que l'ensemble de l'articulation rentrera plus vite dans un état voisin de la normale. Les atrophies musculaires et ligamenteuses seront d'autant moins importantes que ce retour de l'articulation aux fonctions normales sera plus rapide.

Ce sont ces différentes raisons qui assurent la supériorité du massage sur tous les procédés d'immobilisation et de contention du genou.

Est-ce à dire, comme semblent le penser certaines gens, que ce massage ait tant de vertu par lui-même, qu'il soit complément indiqué de tout traitement des fractures de rotule, même du traitement par la suture? C'est là une erreur commise souvent par ceux qui ne sont pas suffisamment familiers avec les opérations de cette sorte.

Le massage après la fracture de rotule porte remède aux épan-

chements sanguins, à l'entorse, aux infiltrations de sérosité. Il remédiera aux atrophies musculaires, les préviendra ou les réparera.

Après la suture, rien de tout cela. Les épanchements ont été vidés ; il n'y a plus d'infiltration sanguine. Les atrophies musculaires n'ont pas eu le temps de se produire.

Le massage aurait pour mission de rendre à l'articulation l'étendue de ses mouvements. Or, probablement en vertu d'une certaine irritabilité due au travail particulier de réparation, l'expérience nous apprend que le retour aux mouvements du genou peut être presque immédiat, mais que l'étendue des mouvements ne doit être reprise que lentement et sans violence. Si le massage n'est pas d'une douceur extrême et très éloigné du foyer de la fracture, il est plus nuisible qu'utile. On aura donc toujours tort de l'ajouter inutilement au traitement par la suture comme un complément qui ne saurait *faire que du bien.*

Cette étude de la question actuelle du traitement de la fracture de rotule doit donc, comme je l'ai dit en commençant, mener à des solutions très nettes. *Suturer* le plus rapidement possible après la fracture la rotule fracturée et *mobiliser* ensuite l'articulation très rapidement sans la forcer.

Dans le cas où la suture ne peut être faite, utiliser dès le premier jour le *massage* et continuer longtemps cette action du massage, mais *toujours sans violence.*

Éviter d'appliquer successivement la suture et le massage pour réunir sur le même sujet deux méthodes efficaces qui agissent dans le même sens, mais qui ne sauraient nécessairement se compléter.

Présentations de malades.

M. Berger. — J'ai l'honneur de vous présenter un jeune homme guéri de polype naso-pharyngien par les méthodes lentes.

Ce garçon avait un volumineux polype envoyant des prolongements dans les cavités de la face provoquant un exorbitisme considérable et des hémorragies inquiétantes. Je l'ai soigné comme le conseillaient Verneuil et Trélat en 1886 — j'ai fendu la voûte palatine, et après avoir extirpé ce que j'ai pu du polype, j'ai poursuivi ses prolongements par des cautérisations faites, tantôt avec le fer rouge, tantôt avec le chlorure de zinc.

Je luttai avec peine contre les hémorrhagies et la repullulation sur place pendant 6 ou 8 mois, mais, au bout de ce temps, j'étais maître des hémorrhagies. Le jeune homme partit alors pour Nice. Là, les cautérisations furent continuées par M. le Dr Baudon et, à l'heure actuelle,

le polype est guéri. Il reste au malade une légère déformation nasale. De plus, l'œil droit est privé de la vision nette, car son nerf optique a été comprimé pendant la période d'augment de la tumeur, mais, à l'heure actuelle l'impression lumineuse existe.

Quant à la parole, vous pouvez juger qu'elle n'est pas extrêmement défectueuse.

Je vous présenterai dans quelques mois un autre malade que j'ai opéré avec mon collègue Picqué. La récidive s'était rapidement reproduite et le malade arrivé à un état inquiétant. La masse morbide ayant distendu les cicatrices de la première opération faisait saillie au dehors, de plus les os du crâne amincis et refoulés, laissaient le néoplasme comprimer le cerveau ; il en résultait des phénomènes de torpeur.

Je fis chez ce jeune homme des injections de sérum de Richet et Héricourt et je le remontai de la sorte. Puis j'attaquai la tumeur avec des flèches de canquoin ; nous sommes aujourd'hui dans une phase d'amélioration et la tumeur se rétracte.

Discussion.

M. Kirmisson. — Je suis heureux de voir M. Berger préconiser la méthode lente dans le traitement des polypes naso-pharyngiens; j'ai déjà dit que c'était encore aujourd'hui la seule à employer.

M. Potherat. — Présente une jeune femme qu'il a opérée de péritonite tuberculeuse. Le point de départ était dans les annexes qu'il a enlevées.

Présentation de pièces.

M. Potherat présente aussi une photographie faite avec les rayons X. C'est la représentation d'un pouce bifide. Grâce à cette photographie, M. Potherat a établi quelle phalange il fallait sacrifier.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

Nélaton.

Séance du 16 juin 1897.

Présidence de M. Delens.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

M. Picqué dépose sur le bureau de la Société la statistique de M. Brault.

Communication.

Du choix des procédés opératoires dans l'extirpation des cancers du rectum.

Par M. QUÉNU, chirurgien de l'hôpital Cochin.

Le but de ma communication est de développer cette idée, qu'une seule technique ne convient pas à tous les cas de cancer rectal justiciables d'extirpation, mais qu'il est nécessaire d'avoir à sa disposition une série de procédés dont l'application sera résolue d'avance ou imposée par la nécessité au cours de l'intervention.

L'utilité de procédés multiples est une conséquence de cette vérité définitivement acquise aujourd'hui, que le siège élevé ne contremande plus l'opération radicale et qu'il est possible d'extirper avec succès, tout ou partie du rectum et de l'anse oméga. Il est donc désirable d'avoir un classement des différentes localisations du cancer en face duquel on puisse pratiquement mettre en regard un procédé de choix.

Je propose une première division basée sur le siège du cancer relativement à la 3e vertèbre sacrée ; c'est là, en effet, que se termine la portion de gros intestin pourvue d'un mésentère et que commence le véritable rectum ; toute production sus-jacente à ce niveau, n'est facilement atteinte que par le ventre ; suivant que la

limite supérieure dépassera ou ne dépassera pas la 3e vertèbre sacrée, nous aurons un *cancer recto-sigmoïde* ou un *cancer rectal proprement dit.*

Ainsi, je donne le nom de *cancer recto-sigmoïde* à celui qui, sa limite inférieure étant quelconque, atteint et dépasse le méso-rectum, se rapprochant ainsi plus ou moins du promontoire sacro-vertébral.

Je réserverais le nom de *cancer sigmoïde* à celui dont la limite inférieure serait au-dessus de la 3e sacrée, sa limite supérieure étant quelconque.

Il me reste à envisager le *cancer rectal proprement dit*, c'est-à-dire celui qui ne dépasse pas les limites du rectum telles qu'elles sont acceptées aujourd'hui; ce cancer est *limité* ou *total;* total quand, commençant à l'anus, il remonte à la 3e sacrée; limité quand il n'occupe qu'un ou deux segments du rectum.

Le cancer limité me paraît devoir être divisé en trois variétés, toujours suivant le siège et l'étendue des deux facteurs qui ne cessent de nous guider dans notre classement des cas opératoires.

J'admettrai un *cancer bas* ne dépassant pas, s'il l'atteint, le cul-de-sac péritonéal.

Un *cancer élevé* sus-ampullaire ayant son extrémité inférieure à 7 ou 8 centimètres et son extrémité supérieure à la 3e sacrée.

Un *cancer moyen* ou cancer de l'ampoule.

Le cancer bas placé peut être limité à l'anus (*cancer anal*, cancer sphinctérien de Finet) ou s'étendre à la moitié inférieure de l'ampoule (*cancer ano-ampullaire*).

Les deux autres localisations laissent le sphincter intact. Le cancer de l'ampoule peut s'étendre à toute la hauteur de la portion ampullaire ou n'en occuper qu'un segment, c'est également là qu'on observe le plus souvent les plaques limitées à une paroi du rectum.

Cancer recto-sigmoïde (dont la limite inférieure ne descend pas au-dessous de la 3e sacrée).	Sigmoïde.		
	Recto-sigmoïde.		
Cancer rectal proprement dit (dont la limite supérieure ne dépasse pas la 3e sacrée).	Cancer limité.	Infra-péritonéal ou bas placé.	Anal.
			Ano-ampullaire.
		Ampullaire ou moyen.	Ampullaire total.
			Ampullaire partiel.
		Sus-ampullaire.	
	Cancer total.		

Ces divisions reproduisent en partie celles que j'avais déjà proposées dans une série d'études antérieures, elles sont toutefois plus précises et accordent une plus grande importance au siège du

néoplasme par rapport au cul-de-sac péritonéal et au méso-rectum. On pourrait m'objecter que cette précision dans la fixation des deux limites, supérieure et inférieure des néoplasmes du rectum, est un peu théorique. J'espère démontrer le contraire et prouver que rien n'est plus facile que de savoir d'avance et le siège exact et l'étendue de l'envahissement. Cette détermination doit bien évidemment précéder l'adoption d'une technique opératoire ; c'est par son étude que nous commencerons.

Le toucher pratiqué pour vérifier l'existence d'un cancer du rectum supposé, permet facilement d'atteindre sa limite inférieure si celle-ci descend à 9 ou 10 centimètres de l'anus. Mais un cancer plus élevé est encore accessible en vertu de sa tendance à prolaber dans le rectum, déterminant la formation de culs-de-sac autour de la masse et donnant une sensation qu'on ne peut mieux comparer qu'à celle d'un col utérin cancéreux entouré de culs-de-sac vaginaux sains. En faisant élever le siège, en déprimant fortement par le palper hypogastrique la paroi abdominale, ou en faisant pousser le malade de manière à accentuer le prolapsus, parfois on arrive à sentir du bout du doigt les cancers qui siègent à 10 ou 12 centimètres de l'anus, c'est-à-dire à l'union du rectum et de l'anse oméga.

La délimitation supérieure est autrement hérissée de difficultés. Sans doute, on arrive dans les cancers bas placés à passer le doigt à travers le défilé cancéreux et à accrocher le bord supérieur de la zone indurée, mais encore faut-il que le degré et la direction du rétrécissement le permettent. Chez la femme, on a la ressource de s'aider du toucher vaginal; cela ne mène qu'à 11 ou 12 centimètres de l'anus. On a pensé utiliser les sondes, les explorateurs à boule, les bougies porte-empreinte ; on a imaginé d'introduire à travers le canal rétréci une sonde terminée par un petit ballon qu'on insuffle une fois l'obstacle franchi ; l'introduction de ces explorateurs est quelquefois impossible, souvent difficile, parfois dangereuse. Je ne cite que pour mémoire et pour la condamner l'introduction de toute la main dans l'ampoule rectale.

En réalité, la délimitation supérieure du cancer rectal ne peut être sérieusement faite que d'en haut, par la cavité abdominale.

Rappelons que la tendance actuelle des chirurgiens, et nous nous y rallions pleinement, sinon dans la totalité, au moins dans la majorité des cas, est de faire précéder l'extirpation du cancer rectal de la création d'un anus contre nature. Depuis plusieurs années, nous recommandons d'utiliser l'ouverture du ventre, avant même qu'on se soit occupé d'aller à la recherche de l'S iliaque, pour y plonger l'index et explorer le méso-rectum et surtout les ganglions latéraux préhypogastriques. En 1890, Schwartz (*Revue de clin. et thérap.*,

1890, nº 42, et *Thèse Adamski, Paris*, 1891, nº 97) rapportait une observation d'anus iliaque pour cancer du rectum dans laquelle notre collègue s'est servi de l'incision abdominale pour reconnaître l'inopérabilité de la lésion; il put de la sorte sentir avec l'index plongé dans le petit bassin « une tumeur énorme remontant au delà du promontoire et absolument immobilisée ». Nous avons recommandé l'année dernière à cette tribune, et notre avis a été partagé par la plupart des orateurs, de pratiquer cette exploration d'une façon systématique.

Nous devons avouer cependant que ce mode d'exploration avec le doigt est absolument insuffisant pour donner des notions précises sur la limite supérieure des néoplasmes.

Dans un cas de cancer compliqué d'abcès pelvien (l'abcès avait été ouvert quelques semaines auparavant par le cul-de-sac vaginal dans le service de notre collègue Routier), nous avons, à la fin de l'année 1896, pratiqué une laparotomie médiane afin de reconnaître l'étendue des lésions cancéreuses et leur opérabilité, puis nous avons institué un anus contre nature. Depuis nous procédons autrement et voici la conduite que nous recommandons et que nous avons suivie dans 6 cas avec le plus grand succès.

Nous avons fait l'incision classique de la paroi abdominale comme pour la colostomie iliaque, seulement nous lui avons donné de 11 à 12 centimètres. Ces dimensions nous ont permis d'introduire la main tout entière dans la cavité abdominale jusqu'au fond du petit bassin, alors voici comment il faut repérer ses lésions.

On peut commencer par faire l'exploration du détroit supérieur et la recherche au-devant de la bifurcation de l'iliaque primitive de ganglions indurés. Ensuite, plongeant la main dans la cavité pelvienne, on palpe le cylindre dur formé par le rectum dégénéré : on mesure avec l'index la distance qui sépare l'extrémité supérieure de ce cylindre de l'angle sacro-vertébral. Or, on sait que cet angle est à 5 ou 6 centimètres du bord supérieur de la troisième vertèbre sacrée, à 5 centimètres en moyenne de la pointe inférieure du mésorectum, on en déduit donc facilement l'intégrité ou l'envahissement de l'origine de l'anse sigmoïde. D'autre part, on mesure la distance qui s'étend du cul-de-sac recto-vésical ou recto-utérin à l'extrémité supérieure de l'induration. Si cette induration ne fait qu'affleurer le cul-de-sac, on en conclut qu'il s'agit d'un cancer infra-péritonéal (première variété de notre cancer limité); si elle la déborde, sa distance à la troisième sacrée d'une part, au cul-de-sac péritonéal d'autre part nous montrent si l'ampoule seule ou si l'ampoule avec la portion sus-ampullaire participent à la néoformation.

Ces explorations sont très rapides puisqu'elles ne comprennent que deux mensurations, le calcul peut être fait après coup.

Avant de fixer son anse iliaque pour la confection de l'anus contre nature, on rétrécit son incision plan par plan, des 3, 4, 5 ou 6 centimètres ajoutés pour le passage de la main. Il n'est résulté de l'exploration chez nos malades, ni pendant, ni après, aucune conséquence fâcheuse.

Le diagnostic du siège et de l'étendue du cancer étant ainsi précisé, reste le choix du procédé opératoire à opposer à chaque variété.

Au *cancer recto-sigmoïde* conviennent les procédés abdominaux, ou abdomino-sacrés. Commencer par le ventre en sectionnant l'anse sigmoïde et en fermant, après l'avoir invaginé, son bout inférieur, tandis que le bout supérieur est suturé en anus médian ou en anus iliaque, puis achever l'extirpation par la voie sacrée, tel nous paraît être la meilleure méthode opératoire.

Faut-il accomplir ces deux actes en une seule séance ou à quelques jours d'intervalle? J'inclinerais pour une séance unique, bien que l'intervention en deux temps m'ait fourni un succès opératoire que j'ai ici exposé.

J'arrive au *cancer rectal*, je le suppose limité et j'envisage en premier lieu la *variété infra-péritonéale :* la limite inférieure est à l'anus, la supérieure à 4, 6 ou 8 centimètres. Il est absolument inutile de sacrifier aucune partie du squelette, il est facile de faire descendre 10 et 12 centimètres du rectum sans toucher même au coccyx, en se bornant à une incision périnéale, sans ouvrir le rectum et en se rappelant que les connexions délicates du rectum ont lieu non à sa face postérieure où sa libération est facile et sans danger, mais à sa face antérieure où il faut ménager l'urèthre, la vessie et les uretères. On peut donc *a priori* conclure que le principal temps doit être la séparation du rectum d'avec l'appareil urinaire; c'est sur ce principe qu'est fondée la technique que nous avons déjà présentée et que je rappelle en quelques mots.

Incision médiane commençant à quelques centimètres en avant de l'anus sur le raphé médian, se bifurquant pour entourer l'anus et redevenant médiane derrière lui jusqu'au coccyx.

Fermeture de l'anus en bourse par un fil de soie.

Libération rapide du conduit anal sur *les côtés* jusqu'au releveur de l'anus. Saisir alors entre le pouce et l'index le raphé ano-bulbaire et le sectionner en toute sécurité. L'anus rabattu en arrière, le bulbe écarté en avant à l'aide d'un fil passé dans son enveloppe fibreuse, on découvre les faisceaux antéro-postérieurs du releveur de l'anus. On les charge sur l'index et on les incise d'un coup de ciseaux, puis on poursuit l'incision des releveurs jusqu'à leur raphé médian postérieur et on achève en arrière la

libération du rectum en rasant le coccyx. 5 à 6 centimètres du rectum descendent, l'index glisse sur la face postérieure de la prostate, plus haut refoule le cul-de-sac péritonéal. Les attaches sacro-rectales ainsi que le pédicule hémorrhoïdal moyen forment latéralement deux nappes tendues, on les coupe ; 7 à 8 centimètres d'intestin sont alors hors du plan ano-périnéal et le cul-de-sac recto-vésical s'étale en avant à notre portée. Son ouverture, la section de quelques centimètres de séreuse sur les bords du rectum joints au décollement de la face antérieure du sacrum amènent un nouvel et suffisant abaissement.

Il importe, du reste, que la zone où doit porter la section soit au moins à deux travers de doigt au-dessus de l'induration : la tunique musculaire est fixée sans traction à la peau et le segment malade est réséqué après ligature de son bout supérieur.

Le nouvel orifice anal est suturé à la place de l'ancien anus soit immédiatement, soit secondairement, si on a recours au tube de Paul.

Je dois revenir sur deux ou trois petits points de technique. Lorsque j'ouvre le péritoine étalé sur la face antérieure du rectum descendu, j'ai soin de l'inciser à peu de distance du rectum, de façon à garder un lambeau séreux qui facilite l'occlusion de la cavité abdominale.

Je viens de dire que dans certains cas on pourrait confectionner immédiatement l'anus sans recourir au tube de Paul. Cela dépend des résultats qu'on a pu obtenir dans la préparation et le nettoyage du rectum.

Actuellement, je procède pour cette préparation de la manière suivante : l'anus contre nature est établi une dizaine de jours d'avance, et des injections copieuses d'une solution de permanganate à 0,50 p. 2000 sont faites quotidiennement du bout supérieur de l'anus iliaque à travers l'anus normal. Trois jours avant l'opération, le malade est purgé avec un purgatif salin ; deux jours avant, il prend un demi-purgatif. Le soir de l'avant-veille commence le régime constipant : pilules d'opium, lavement au lait de craie et bismuth, lait et bouillon. La veille au matin, une instillation de nitrate d'argent à 1 p. 30 est faite au niveau du défilé cancéreux à l'aide d'une bougie perforée uréthrale.

La veille au soir, on place dans l'anus une canule qui permet au rectum de s'égoutter pendant la nuit.

Avant de prendre le bistouri pour circonscrire l'anus par une incision et le fermer ensuite, je commence par le faire dilater devant moi par un aide, puis une valve vaginale de Sims étant appliquée sur la commissure antérieure, j'assèche le rectum avec des

morceaux de gaze stérilisée. L'asséchement devenu parfait, une gaze stérilisée est laissée dans le rectum.

D'autre part, le bout inférieur de l'anus contre nature a été aussi nettoyé que possible et bouché par un tampon de gaze stérilisée.

Je prends toutes ces précautions bien que j'enlève le segment cancéreux entre deux ligatures, d'une part, afin d'obtenir que le nouvel anus périnéal ne laisse rien filtrer pendant les premiers jours, et d'autre part, parce que, dans certains cas spéciaux, on n'est jamais sûr de ne pas avoir, sous l'influence de tractions, même légères, une petite déchirure des parois rectales, au cours de son enlèvement.

La technique est un peu différente lorsque la prostate est prise, mais je l'ai exposée devant vous il y a quelques mois et je n'ai pas à y revenir.

J'insiste sur cette considération, c'est que la technique précédente permet d'enlever, en toute sécurité, des segments de 10 et 12 centimètres sans aucun délabrement osseux ; c'est à peine s'il est indiqué, dans quelques cas, de retrancher le coccyx d'un coup de ciseaux. L'objection de ganglions lymphatiques contenus dans la concavité du sacrum n'a aucune valeur, car il est possible d'en enlever de la sorte jusqu'au promontoire avec la plus grande facilité.

Chez la femme, cette méthode prérectale d'extirpation trouverait son pendant soit dans le dédoublement de la cloison recto-vaginale, soit plus simplement peut-être comme l'a fait le Dr Desguins, puis après lui Campenon, Renn et moi-même, dans l'incision longitudinale du vagin.

J'ai mis à exécution mon procédé d'extirpation prérectale pour des cancers ne dépassant pas une hauteur de 10 à 11 centimètres, chez 4 malades, dont 2 avaient un envahissement soit dela prostale, soit de l'aponévrose prostato-péritonéale. J'ai eu trois succès opératoires et une mort.

Cancers moyens ou ampullaires.

Les cas observés en clinique sont très différents les uns des autres et méritent un traitement approprié.

Chez quelques malades, rares il est vrai, l'épithéliome observé près du début affecte la forme d'une plaque limitée à une paroi de l'ampoule.

Pour ces cas spéciaux, le Kraske type me parait l'opération de choix. Après incision et résection sacro-coccygienne suivantla ma-

nière de Kraske, on aborde le rectum et on peut agir différemment selon l'étendue et la situation de la plaque.

Si la plaque occupe la face postérieure et qu'elle soit strictement limitée à cette face, il est inutile de disséquer circonférentiellement l'intestin, c'est pour ce cas et pour certaines tumeurs végétantes que j'autoriserais l'ouverture prudente du rectum au niveau de la plaie sacrée. L'assèchement obtenu, on peut réséquer la plaque et suturer les lèvres de l'incision rectale. Si l'étendue circonférentielle oblige à ne laisser qu'une bande d'intestin, et cela se sait d'avance, il vaut mieux ne pas ouvrir l'intestin, réséquer le segment entre deux ligatures et suturer ses deux bouts. De toute façon, je laisserais la brèche ostéo-cutanée ouverte et bourrée de gaze stérilisée.

J'ai fait dernièrement cette suture circulaire chez une femme dont la lésion occupait la face postérieure et un peu d'une face latérale. J'avais établi deux plans de suture, l'un muqueux, l'autre musculaire. La réunion intestinale a été parfaite sans la moindre fistule. J'avais eu soin, comme Chaput et moi l'avons recommandé, de n'appliquer aucun point de suture sur l'incision cutanée. Je conseille une conduite analogue pour les cancers circulaires de l'ampoule d'une très petite hauteur. En résumé, ce qui me paraît devoir indiquer la réunion complète de l'intestin et l'opération de Kraske type pour les cancers de l'ampoule, c'est la possibilité de pouvoir mettre en contact les deux bouts sans trop de dénudation aux alentours et sans aucune traction.

Peu de décollement, pas de traction pour accoler les deux bouts, voilà les deux conditions formelles.

Je ne saurais trop le répéter, les conditions précédentes pour lesquelles je crois pouvoir accepter l'opération de Kraske type, sont exceptionnelles, elles le deviendront peut-être moins si le diagnostic des tumeurs se fait plus précoce, mais elles resteront rares.

L'opération de Kraske a été jugée sévèrement, abandonnée même dans un de ses temps par son auteur, parce qu'elle a été généralisée, adaptée à tous les cas ; il fallait s'attendre à des mécomptes et ils n'ont pas manqué. Mauvaise, à mon avis, est l'opération de Kraske pour les cancers étendus de l'ampoule, avec intégrité de la région sphinctérienne.

Deux questions sont à débattre en pareil cas : quelle est la meilleure voie d'attaque? que faut-il faire des deux bouts d'intestin ?

L'attaque par la voie sacrée me semble ici recommandable, je la ferais toutefois précéder d'une incision prérectale demi-circonférentielle, afin de rendre plus facile la recherche et la dénudation de la face antérieure du rectum ; nous commencerons donc l'opération le sujet étant sur le dos et, comme dans l'opération du

premier type, nous inciserons les parties molles prérectales, sauf que l'incision ne fera qu'embrasser la demi-circonférence antérieure de l'anus, le décollement du rectum sera poussé jusqu'au cul-de-sac péritonéal. La plaie périnéale étant alors bourrée et protégée, le malade est placé dans le décubitus latéral et l'on commence l'opération préliminaire de Kraske. Dès que la face postérieure du rectum est mise à nu, on arrive aisément sur la face antérieure déjà libre ; le décollement nécessaire à la descente du rectum et à l'extraction du segment malade sont opérés, le péritoine est ouvert, le segment reséqué entre 2 ligatures élastiques. Que faut-il faire des deux bouts ? Les suturer ? Tout le monde y renonce ou à peu près.

Généralisera-t-on la technique de Hochenegg, l'invagination du bout supérieur dans le segment anal conservé avec ou sans avivement ? Mais s'il fallait déjà une traction pour accoler les 2 bouts, quelle traction ne faut-il pas pour amener le bout supérieur jusqu'à l'emplacement de l'anus ancien.

Pour éviter cette traction il faut mobiliser davantage, on obtient alors un bout d'intestin qui accomplit sans traction la traversée sphinctérienne et dont on peut fixer l'orifice au pourtour de l'anus ancien. J'ai fait avec succès cette opération d'Hochenegg, chez un malade il y a 3 ans, elle me paraît néanmoins passible de graves objections et, entre autres, de celle-ci qui est capitale : c'est que la mobilisation nécessaire pour la descente du bout supérieur vous donne un segment d'intestin dont il vous est impossible d'apprécier d'avance d'une façon certaine la vitalité.

J'ai opéré deux malades atteints de cancers étendus de l'ampoule, chez l'un dont l'observation a été rapportée ici, l'exérèse faite, il y avait une telle perte de substance que la création d'un anus sacré devenait même presque impossible ; j'ai retourné le bout supérieur par invagination à travers l'orifice inférieur de l'anus iliaque : le malade, débarrassé de son bout inférieur, a quitté l'hôpital et a repris son travail à la Compagnie d'Orléans. Chez l'autre, la hauteur du segment extirpé étant moindre, j'ai pu mobiliser le bout supérieur et l'amener sans trop de traction à travers l'anus normal. Mais cela fait, je fus pris de doutes sur la circulation de ce segment intestinal, et je procédai à son retournement comme chez le malade précédent. Le malade opéré le 16 avril dernier est presque guéri et se promène dans les jardins de l'hôpital. Je pense que les gangrènes intestinales ne sont pas chimériques, elles peuvent survenir les premiers jours et surprendre la vaste plaie sans défense, tuant rapidement le malade de septicémie suraiguë ; elles peuvent aussi être tardives.

J'ai observé un exemple de cette gangrène tardive chez un

homme de mon service porteur non d'un carcinome de l'ampoule, mais d'un carcinome infrapéritonéal.

L'opération faite le 7 avril avait été conduite avec une correction parfaite, sans la moindre piqûre à l'intestin : nous pûmes amener l'intestin jusqu'à l'emplacement de l'anus normal sans traction. Les suites immédiates furent bonnes ; je laissai le malade en bonne voie de guérison le 17 avril ; quand je revins le 21 avril, après quatre jours d'absence, je trouvai tout un segment rectal gangrené dans l'étendue de quelques centimètres, le bout supérieur s'était rétracté au fond de la plaie désunie, néanmoins cette plaie était de bonne apparence, recouverte de bourgeons charnus roses et suppurant abondamment; des complications pulmonaires survinrent et le malade mourut.

La vitalité du bout intestinal, suffisante pour le faire vivre, était insuffisante pour lui permettre de résister à la moindre infection, or l'infection secondaire est inévitable. Je veux conclure de cette longue critique qu'il faut être très prudent dans ces dénudations ou plutôt dans la conservation des bouts dénudés, mieux vaut sacrifier un segment de vitalité hypothétique que risquer le sphacèle primitif ou secondaire. Alors reste trois solutions :

L'anus sacré ;

L'extirpation du bout rectal jusqu'à l'anus iliaque ;

Le retournement par cet anus iliaque.

Mes préférences sont pour cette dernière solution : il faut se rappeler l'état de la région opératoire au moment de prendre un parti. L'excavation sacrée est vidée de son contenu, la cavité abdominale largement ouverte, un bout de rectum pend à l'état de battant de cloche, et on comprend qu'une infection même minime ne puisse être supportée par le malade. Or, sans discuter les autres inconvénients de l'anus sacré, qui soutiendrait que cet anus sacré apporte une sécurité suffisante ?

L'extirpation sanglante du bout supérieur demande du temps, exige de nouvelles incisions et délabrements ; le retournement s'accomplit en deux ou trois minutes et débarrasse à jamais les surfaces cruentées de toute chance d'inoculation.

Toutes ces conclusions sont applicables au *cancer sus-ampullaire*, variété rare, en somme, en tant que limitation aux deux ou trois centimètres qui séparent l'ampoule de l'anse oméga.

Le *cancer total du rectum* peut être opéré par la voie strictement périnéale ou par la voie sacro-périnéale. On peut toujours commencer par la première, quitte à ajouter successivement une résection de plus en plus étendue du sacrum si on éprouve quelque peine à libérer et à descendre le rectum.

Le meilleur traitement du bout intestinal est incontestablement le retournement.

En résumé :

1° Nous réservons l'extirpation sacro ou périnéo-abdominale au cancer sigmoïde ou recto-sigmoïde ;

2° Nous conseillons la voie périnéale par notre procédé de dénudation prérectale, dans tous les cancers anaux ou ano-ampullaires ne débordant pas le cul-de-sac péritonéal, avec constitution d'anus périnéal ou coccygien ;

3° Dans les cancers de l'ampoule, nous distinguons les cas d'épithéliomes très limités justiciables du Kraske type avec plaie cutanée ouverte, et les épithéliomes étendus à toute l'ampoule : à ces derniers conviennent la voie sacrée comme voie d'attaque, le retournement comme traitement du bout supérieur ;

4° Dans les cancers occupant la totalité du rectum, nous recourons au retournement après avoir abordé la lésion successivement par le périnée, puis, s'il est nécessaire, par le coccyx et le sacrum ;

5° L'anus iliaque préalable est applicable à la plupart sinon à tous les cas : il faut profiter de l'incision iliaque non seulement pour explorer avec le doigt l'état des parties voisines, mais encore pour introduire la main tout entière dans l'excavation pelvienne et reconnaître de la façon la plus précise la hauteur du cancer par rapport au cul-de-sac recto-utérin ou recto-vésical en avant, par rapport au méso-rectum en arrière, l'état des ganglions sacrés, l'état des ganglions lombaires et pelviens latéraux ;

6° Si le siège élevé d'un cancer rectal proprement dit et son étendue font prévoir qu'il faudra sacrifier tout le bout sous-jacent à l'anus iliaque et accepter un anus iliaque définitif, il est quelques précautions à prendre pour faciliter le retournement. Il faut pour cela, évidemment, que l'anus iliaque soit établi aussi près que possible du cancer, afin d'avoir pour la pince la traversée la plus courte. Dans le cas contraire, du reste, on en serait quitte pour réséquer préalablement un plus long bout d'intestin.

Je fais suivre cette étude d'une courte énumération des cas que j'ai eu à opérer depuis le mois d'octobre 1896. Ces cas sont au nombre de 9 : chez 8 malades j'ai pratiqué l'anus iliaque préalable de 10 à 18 jours avant l'opération radicale. Les résultats en bloc sont les suivants : 7 guérisons opératoires et 2 morts.

Ces neuf observations, d'après la classification que j'ai donnée, se répartissent ainsi qu'il suit :

1° Deux cas de cancers très élevés, c'est-à-dire recto-sigmoïdes ;

2° Quatre cas de cancers infra-péritonéaux ou atteignant le cul-de-sac péritonéal sans le dépasser. Une mort, 3 guérisons ;

3° Trois cas de cancers moyens ou ampullaires. Trois guérisons.

Prenons d'abord les deux cas de cancers recto-sigmoïdes.

Dans l'un d'eux, le mal occupait toute l'ampoule, la portion susampullaire et la terminaison de l'anse oméga : le vagin était envahi dans sa presque totalité jusqu'à 2 centimètres du col utérin. L'extirpation fut fait par la voie abdomino-sacrée en deux temps. La guérison opératoire fut obtenue et la malade quitta l'hôpital avec une cicatrisation presque complète. La récidive survint un mois après sur la cicatrice du vagin ; nous avons constaté à l'autopsie la généralisation au foie. Le mauvais résultat tardif, dû au cancer vaginal si récidivant, laisse intactes nos conclusions relatives à la possibilité d'enlever, par voie combinée, des cancers extrêmement élevés. La première partie de cette observation a été lue à la Société de chirurgie au mois de novembre 1896.

Notre dernière opération pour cancer recto-sigmoïde s'est terminée rapidement par la mort, du fait d'une septicémie pelvienne suraiguë.

Je pense que cette terminaison funeste eût pu être évitée avec une meilleure préparation du malade et une autre technique opératoire.

Observation. — Le malade, âgé de 51 ans, entre salle Boyer, n° 11 *bis*, le 23 février 1897, pour des hémorrhagies rectales datant de deux ans. On ne découvre rien par le palper abdominal. Par le toucher rectal, le doigt n'atteint d'abord rien et dépasse la base de la prostate sans rien sentir ; mais, en faisant pousser le malade, on atteint une tumeur saillante dans laquelle le doigt pénètre un peu.

Le 2 mai, établissement de l'anus iliaque. L'incision de la paroi abdominale étant portée à 10 centimètres, la main droite pénètre dans la cavité pelvienne ; on prend le cylindre cancéreux entre deux doigts ; il est mobile et remonte très haut jusqu'à 3 centimètres du promontoire.

Gros ganglions dans le méso-rectum. Opération radicale le 12 mars 1897. Actuellement nous aurions d'emblée posé l'indication de l'anus iliaque définitif ; mais alors, étant donné le long bout de rectum resté sain à partir de l'anus jusqu'à la limite inférieure du canal, nous eûmes un instant l'illusion d'utiliser ce bout rectal inférieur et de faire un Kraske ; d'après nos conclusions, ce cas de cancer recto-sigmoïde ressortirait désormais de la voie abdomino-sacrée.

Nous fîmes l'opération préliminaire de Kraske et nous eûmes quelque peine à faire descendre l'intestin. Nous y arrivâmes cependant, mais au prix d'un accident qui vicia notre opération en contaminant d'une façon irrémédiable toute l'excavation pelvienne. En un point très élevé, bien au-dessus du cul-de-sac péritonéal, au niveau d'une bosselure, le cancer avait envahi la totalité des tuniques rectales ; la perforation n'avait été évitée que par l'adhérence du cancer à une bosselure voisine

infléchie vers la précédente. Nos tractions, cependant modérées, amenèrent un redressement de l'intestin et une rupture de ces adhérences, le contenu intestinal s'écoula en assez grande abondance sur toute notre plaie. Malheureusement, en effet, du fait des changements de service et d'un personnel moins habitué, la préparation du malade avait été moins parfaite, l'égouttage préalable avait été négligé : on fit un nettoyage minutieux des surfaces souillées. Le segment rectal fut rapidement enlevé entre deux ligatures et le bout supérieur fut aisément retourné vers l'anus iliaque.

La seule contamination fut donc opératoire, courte, non suivie d'autres, neutralisée autant qu'il est possible. Dès le lendemain, le pouls montait à 136, le pansement largement ouvert prenait une odeur légèrement gangréneuse et, cinquante-deux heures après, le malade succombait.

Nos quatre cas de cancers infra-péritonéaux comprennent, ai-je dit, trois guérisons et une mort.

Dans deux de ces cas, tous deux guéris, la prostate était ou envahie ou au moins adhérente, et une tranche du tissu glandulaire a été enlevée par un procédé que j'ai eu l'honneur de vous exposer. Un des malades a son observation publiée dans le *Bulletin* du mois d'avril ; c'est précisément celui que je vous ai présenté mercredi dernier, avec son anus iliaque fermé.

Voici un résumé des trois autres observations :

Obs. I. — *Epitheliome du rectum avec envahissement de la prostate. Anus iliaque préalable, extirpation du rectum et d'une tranche prostatique. Guérison opératoire.*

Le malade, âgé de 65 ans, m'est adressé par M. Schwartz à la fin de 1896. Le toucher rectal indique de la façon la plus nette l'envahissement de la glande prostatique et je conclus à l'abstention. Mon collègue pratique alors l'anus iliaque. Au milieu de mars 1897, le malade m'est de nouveau adressé. Le succès obtenu dans une opération précédente m'encourage dans une tentative opératoire et l'opération radicale est décidée pour le 16 mars. Mon collègue Schwartz veut bien m'assister.

Le début du cancer chez ce malade paraissait remonter à dix-huit mois, l'état général était devenu médiocre. Au toucher, on sentait à 4 ou 5 centimètres la limite inférieure d'un néoplasme annulaire rétrécissant fortement le calibre de l'intestin, mais permettant néanmoins au doigt de passer et d'atteindre ou de paraître atteindre la limite supérieure. En outre, la tumeur ne glisse pas sur la prostate et lui adhère manifestement. La technique suivie a été identiquement celle que j'ai exposée à la Société de chirurgie. 12 centimètres de rectum sont aisément extirpés par la voie périnéo-coccygienne. Création d'un anus coccygien, on se sert du tube de Paul, la plaie périnéale est laissée ouverte. Dès le 30 avril cette plaie est presque comblée et la suppuration insignifiante, l'état général est très bon, le malade se lève et va au jardin. Fin de mai, la fermeture de l'anus iliaque n'a pas encore été entreprise.

Obs. II. — *Cancer ano-ampullaire du rectum infra-péritonéal remontant à 10 centimètres. Anus iliaque préalable, extirpation périnéale. Anus ano-coccygien. Guérison.*

V. A..., âgé de 61 ans entre le 11 mars 1897 à la salle Boyer, n° 17. Le début du mal paraît remonter au mois d'avril 1896, soit à près d'un an. A cette date, apparition d'hémorragies,pertes de sang noirâtre. Au mois d'août, l'appétit et les forces diminuent, à la fin de septembre commencent les phénomènes douloureux, des cuissons et des douleurs intolérables qui le déterminent à consulter. A l'entrée à l'hôpital, malade affaibli et amaigri, défécations très pénibles.

On constate au toucher l'existence de masses dures, végétantes, sessiles, obstruant les 5/6 de la circonférence rectale ; elles naissent à 5 ou 6 centimètres de l'anus.

Le 20 mai, création d'un anus iliaque, exploration du rectum par l'incision, le cancer déborde un peu le cul-de-sac recto-vésical.

Opération radicale le 7 avril, extirpation de 14 centimètres d'intestin par la voie périnéo-coccygienne, anus périnéo-coccygien sans tube de Paul. Suites simples, sans réaction, ni locale ni générale. Le malade a été moins abattu qu'à la suite de son anus iliaque. Il reste le 1er juin une petite surface grande comme une pièce de 50 centimes. Le malade s'est levé moins d'un mois après l'opération, son état actuel est des plus satisfaisant.

Obs. III. — *Cancer du rectum infra-péritonéal. Anus iliaque préalable ; extirpation par voie périnéale de 15 centimètres de rectum. Anus coccygien. Suites immédiates excellentes, gangrène tardive du bout rectale. Mort au 26e jour de pneumonie.*

B..., âgé de 65 ans, apparence très robuste, mais sujet aux catarrhes bronchiques, nous est adressé le 24 mars pour un cancer du rectum.

Le début de l'affection rectale ne remontait qu'au mois de juin 1896, ce n'est tout au moins qu'à cette date que notre malade commença à souffrir de fréquentes et fausses envies d'aller à la selle et d'une constipation opiniâtre, apparitions des hémorragies au mois de septembre.

Au moment de l'entrée, on sent à un travers de doigt au-dessus de l'anus une masse dure faisant saillie dans l'ampoule rectale, le doigt en atteint, sans les dépasser, les limites supérieures. Le 29 mars, création d'un anus iliaque. L'exploration pelvienne avec la main ne permet de sentir la tumeur que lorsqu'un aide, ayant le doigt dans le rectum la refoule du bas en haut.

Opération radicale le 9 avril. Incision périanale, ligature en bourse de l'anus, section du raphé ano-bulbaire, libération facile du rectum, ouverture du péritoine et abaissement de 17 centimètres d'intestin, fixation de l'intestin à la plaie de l'anus normal, tube de Paul. La perte de sang a été assez abondante. Injection sous-cutanée de sérum immédiatement après l'opération, le malade étant encore endormi ainsi que je le pratique souvent.

Suites immédiates parfaites. Le quatrième jour le fil enserrant le tube de Paul a légèrement coupé l'intestin. Le 15 avril, légère infection de la plaie qui bourgeonne, aucune fièvre jusqu'au 18 avril. Le 18 avril, ascension du thermomètre à 38°9, suppuration fétide, 5 à 6 centimètres de rectum paraissent sphacélés, 25 avril, élimination de la partie du rectum sphacélée, infection de la peau périnéale déjà reprise, plaques de sphacèle à la région sacrée. Mauvais état général, râles humides nombreux dans les deux poumons. Après l'élimination des eschares, le 25 avril, l'aspect de la plaie est très satisfaisant, mais les complications pulmonaires s'aggravent et la mort survient le 5 mai.

Malgré le siège relativement peu élevé, nous avions été conduit à réséquer près de 15 centimètres d'intestin, la dénudation du bout rectal aurait peut-être dû nous engager à procéder au retournement plutôt qu'à l'établissement d'un anus périnéal.

Enfin les trois cas de cancers ampullaires ont été tous les trois abordés par la voie sacrée. Pour l'un deux, très limité, nous avons fait le Kraske type ; pour les deux autres, nous avons adopté l'anus iliaque définitif et usé de l'invagination de bas en haut ou retournement. Dans ces deux derniers seulement, on avait fait l'anus iliaque préalable.

Les trois cas se sont terminés par la guérison. Le malade opéré par la méthode de Kraske type a quitté l'hôpital le 6 mai, soit trente-six jours après l'opération, avec une plaie à peu près fermée. Aucune fistule intestinale. Des deux malades opérés par retournement, l'un a eu son observation publiée dans ma communication du mois ; il a repris son travail. L'autre est encore dans mon service ; il est opéré depuis le 16 avril ; sa plaie sacrée est réduite à 2 centimètres et superficielle ; j'espère vous le présenter incessamment.

Obs. IV. — *Cancer partiel de l'ampoule. Ablation par la voie sacrée. Suture des deux bouts. Guérison sans fistule.*

Mme P..., âgée de 42 ans, entre le 25 mars 1897 à l'hôpital Cochin, adressée par le Dr Dumouly. Elle est hospitalisée au pavillon Pasteur, salle Lorain, n° 3.

Constipation habituelle. Le 25 février, premières selles sanguinolentes qui ne tardent pas à se mélanger à des caillots. Envies fréquentes de défécation, pas de douleurs.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, on constate sur les faces postérieure et latérale du rectum, à 3 ou 4 centimètres, au-dessus du sphincter, une tumeur dure, sessile, présentant à son centre une légère dépression et faisant peu de saillie dans son ensemble.

Préparation habituelle ; pas de colostomie préalable.

Le 30 mars, opération de Kraske, résection du coccyx et résection oblique du sacrum au-dessous de la 3e sacrée, dénudation du rectum

juste dans la zone où l'on sent l'induration cancéreuse. Ouverture voulue du rectum ; notre intention était de laisser une bande de paroi antérieure ; nous nous trouvons amenés à faire une résection circulaire. Suture muco-muqueuse, puis suture musculo-musculaire, gaze stérilisée au contact des sutures ; la plaie est laissée toute grande ouverte. Un gros drain est placé dans l'anus.

Le 31 mars. Le pansement n'a aucune odeur. T. 37°,4, le thermomètre monte à 38°,4 à 4 heures, puis redescend à 37°,5 à 6 heures. Les jours suivants, pansement quotidien. Rien d'anormal. Le 4 avril, malgré le traitement par l'opium, la malade va huit fois en diarrhée.

Le 6 avril, un petit pertuis laisse échapper quelques gaz. Au bout de quelques jours, cette issue de gaz ne s'observe plus.

Le 6 mai la malade sort avec une plaie presque cicatrisée. Au toucher rectal, on ne constate aucun rétrécissement.

Obs. V. — *Cancer du rectum siégeant à la partie supérieure de l'ampoule et remontant jusqu'à l'anse oméga. Résection de 16 à 18 centimètres du rectum. Retournement du bout supérieur. Guérison.*

C..., âgé de 33 ans, cultivateur, nous est adressé par notre ami et collègue, le Dr Legendre, pour un néoplasme rectal. Nous l'hospitalisons le 1er avril à l'hôpital Cochin, salle Boyer.

Le début des accidents rectaux remonte à trois ans : dégoût des aliments, dyspepsie, constipation opiniâtre. Puis un jour, du sang s'est mêlé aux selles ; peu à peu l'amaigrissement est survenu. Irradiations douloureuses dans les reins et dans le fondement.

A 5 centimètres de l'anus, on perçoit une tumeur molle, présentant à son centre un orifice arrondi, à bords déchiquetés et indurés dans lequel s'engage, sans en dépasser les limites, la première phalange de l'index.

Au-dessous, la muqueuse rectale est saine.

Le 3 avril, colostomie iliaque. Incision de 9 centimètres. Exploration manuelle du petit bassin. Dans le cul-de-sac vésico-rectal, on sent la tumeur qui déborde le cul-de-sac de 1 travers de doigt. En arrière, la limite supérieure est de 4 travers de doigt du promontoire. En avant, la tumeur semble adhérer à la vessie.

Le 16 avril, opération radicale. Nous avons d'abord l'intention de conserver la portion sphinctérienne. Nous isolons par le périnée la demi-circonférence antérieure du rectum, puis le malade étant couché sur le côté, nous faisons l'incision préliminaire de Kraske. Dénudation facile du rectum. Deux ligatures élastiques sont posées au-dessus du releveur. Section du rectum, achèvement laborieux de la dénudation antérieure. Nous devons réséquer une vésicule séminale adhérente, ouverture du cul-de-sac péritonéal. Nous abaissons facilement le rectum, réséquons le segment malade et fermons le péritoine. La portion anale étant dépouillée de sa muqueuse, nous attirons le rectum et le faisons passer à travers la boutonnière anale pour faire « un Hochenegg », mais ce bout rectal nous paraît si dénudé que nous changeons de plan

et que nous procédons au retournement qui se fait facilement; pince au ras de l'anus iliaque. Durée, une heure et demie.

Suites simples, sauf que pendant quinze jours on est obligé de sonder le malade.

Le 1er juin, il ne reste qu'une fissure profonde de 2 à 3 millimètres, longue de 2 centimètres.

Discussion sur l'hystérectomie abdominale.

M. L.-G. Richelot. — J'ai publié récemment, dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale* (n° 2, mars-avril 1897), un procédé d'hystérectomie contre les fibromes utérins ; c'est la dernière modification à laquelle je me suis arrêté dans le traitement de ces tumeurs par la voie sus-pubienne. Je ne reproduirai pas ici ma description avec de longs détails, car il n'est pas d'usage de prendre un mémoire déjà paru pour sujet d'une communication à notre Société. Si je rappelle seulement en quelques mots les divers temps de l'opération, c'est pour vous montrer ces figures, qui sont très démonstratives, et pour arriver, par une transition naturelle, à vous parler de l'hystérectomie abdominale totale contre les affections des annexes.

La malade est sur le plan incliné, le chirurgien à sa gauche. L'incision faite, la masse fibreuse est sortie de l'abdomen ; une valve large, placée vers le pubis, ouvre la plaie et donne du jour (*fig.* 1).

Un lambeau péritonéal antérieur est taillé pour refouler la vessie dans le petit bassin. Le doigt, en décollant le péritoine, met à nu le tissu paramétrique, au milieu duquel on voit par transparence l'artère utérine (*fig.* 2).

On libère l'utérus à droite et à gauche, en échelonnant trois pinces environ sur le ligament large et coupant au ras de l'organe. La première pince saisit le bord supérieur du ligament, la dernière saisit l'utérine (*fig.* 3).

Il suffit alors, pour détacher l'utérus, de couper circulairement l'insertion vaginale avec des ciseaux, au jugé, pour ainsi dire, en pénétrant un peu dans le tissu utérin, de telle façon qu'il en reste à chaque lèvre de la plaie vaginale (*fig.* 4).

Aussitôt que l'utérus est enlevé, on ferme le vagin avec trois ou quatre fils de catgut, pour faire l'hémostase de la tranche postérieure qui saigne toujours. Puis on traite les ligaments larges, en substituant aux pinces, non des fils de soie forte qui étreignent les tissus en un ou deux faisceaux, restent dans le ventre ou sont amenés dans la plaie vaginale pour s'éliminer tardivement, mais

avec des catguts séparés, échelonnés de bas en haut, placés perpendiculairement à l'axe verticale du ligament large, dont les pre-

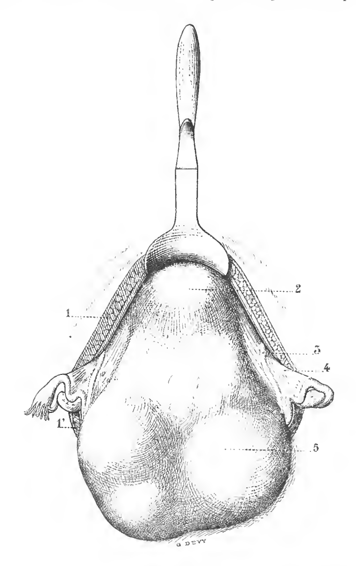


Fig. 1. — 1, 1', lèvres de la plaie abdominale; 2, 2', vessie; 3, ligament rond; 4, ligament large; 5, fibromes utérins; 6, surface avivée du segment inférieur; 7, artère utérine; 8, lambeau péritonéal antérieur refoulé dans le petit bassin; 9, tissu paramétrique; 10, 11, pinces à traction saisissant la plaie vaginale; 12, compresses protégeant l'intestin; 13, plaie vaginale suturée; 14, suture du lambeau péritonéal rabattu. (Cette légende est commune aux figures 1 à 6.)

miers saisissent l'utérine, et les derniers ferment l'étage supérieur. Le ligament n'est pas tiraillé, reste à sa place et conserve sa hauteur; aucun fil ne peut glisser (*fig.* 5).

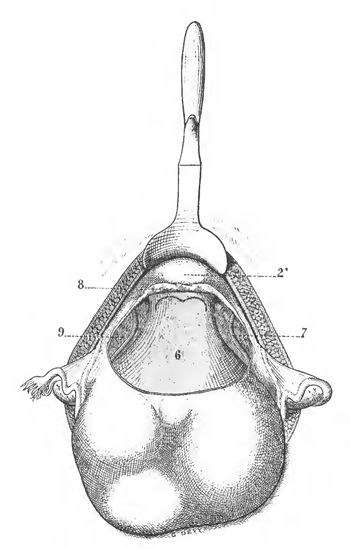


Fig. 2.

Il ne reste plus qu'à rabattre le lambeau péritonéal antérieur pour couvrir le moignon vaginal et la région de l'utérine. Quelques points suffisent; le résultat final est une ligne de sutures séro-séreuses en croissant ou en fer à cheval (*fig.* 6).

L'opération, dans les cas simples, est rapide, car l'utérus peut être enlevé en moins d'un quart d'heure; mais elle est toujours

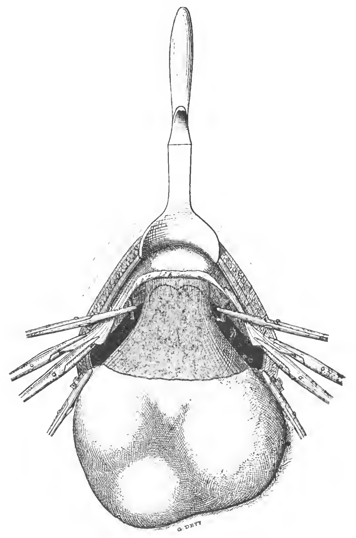


Fig. 3.

prolongée par les sutures et par la nécessité de faire l'hémostase avec soin. Elle atteint une heure et au delà, lorsque la manœuvre est gênée par la disposition anormale des fibromes ou par des lésions annexielles, lorsqu'il faut se reconnaître au milieu des organes

déformés, dédoubler les ligaments larges, les pincer irrégulièrement, les reconstituer en rapprochant leurs lambeaux déchiquetés, etc.

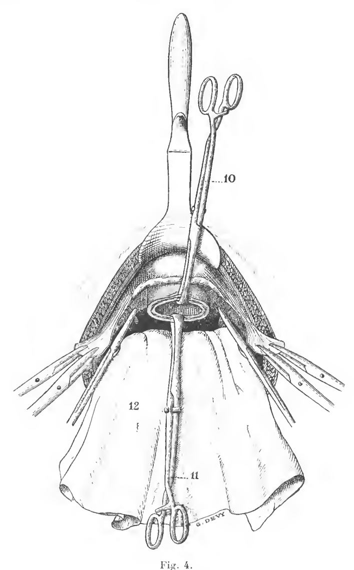


Fig. 4.

Ces réserves faites, l'opération ainsi comprise est arrivée à un tel degré de simplicité, qu'il me paraît difficile d'aller plus loin. Mais j'ai hâte d'en venir à l'*hystérectomie abdominale totale contre les affections des annexes*

Et d'abord, pourquoi vous parler d'hystérectomie abdominale contre ces affections, quand on est, comme moi, partisan déclaré de l'hystérectomie vaginale ?

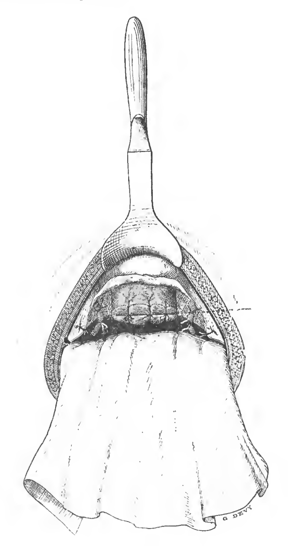


Fig. 5.

A coup sûr, je n'ai pas abandonné mes vieilles préférences. Mais chacun sait qu'il y a des cas où le chirurgien est obligé de choisir la voie sus-pubienne ; c'est quand la femme est jeune et que la lésion bilatérale n'est pas démontrée. On cherche à n'enlever qu'un

ovaire et à conserver l'autre ; une fois sur deux, on tombe sur des lésions étendues qui vous mettent en demeure de pratiquer la castration double. Doit-on se repentir alors de n'avoir pas su faire le

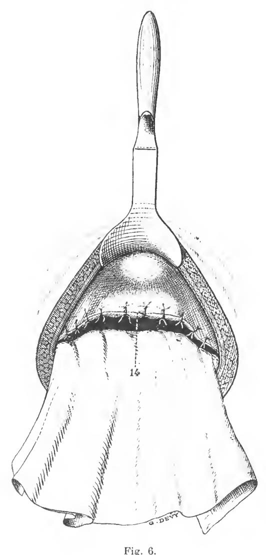


Fig. 6.

diagnostic et choisir l'autre voie ? Oui, si l'on n'a d'autre ressource que la castration ovarienne ; car celle-ci est plus grave que l'hystérectomie vaginale dans les cas de suppuration, et, quand même le pronostic opératoire serait le même, il est bien acquis mainte-

nant qu'au point de vue du résultat thérapeutique, l'ablation de l'utérus a une réelle importance. Lisez la thèse de Pauchet (*Hystérectomie vaginale et laparatomie pour lésions des annexes,* etc. Paris, 1896), vous verrez que, sur un total de 600 observations qui m'appartiennent, l'hystérectomie vaginale a donné 95 0/0 de guérisons complètes, et la castration ovarienne 65 0/0.

Mais voici que les Américains, depuis quelques années, nous conseillent d'enlever l'utérus avec les annexes par la voie sus-pubienne. Au lieu d'adopter l'hystérectomie vaginale, qui a peine à faire son chemin parmi eux, ils ont perfectionné « l'abdominale totale », et Delagénière, en France, a plaidé la même cause. Evidemment, si l'utérus est enlevé, le pronostic thérapeutique doit être le même, le simple bon sens l'indique. Reste la question de gravité immédiate. Or, nous possédons aujourd'hui une technique opératoire qui nous donne une grande sécurité relative; si bien qu'après avoir eu quelque sévérité pour la nouvelle méthode, quand on nous l'a d'abord vantée au détriment de l'hystérectomie vaginale, je me déclare heureux maintement d'avoir entre les mains une ressource de plus et je n'hésite pas à conclure en ces termes : toutes les fois que le chirurgien, pour une raison quelconque, choisit la voie sus-pubienne, l'hystérectomie abdominale totale est le correctif et le complément logique, sinon toujours nécessaire, de la laparotomie.

Cette nouvelle technique, je n'aurais pas à vous la décrire s'il s'agissait d'annexes non suppurées, qu'on peut décoller et manier sans grandes précautions; il suffirait de procéder comme pour les fibromes. Mais ce qui oblige à d'autres manœuvres, c'est la présence des poches purulentes qu'il faut enlever sans les rompre, ou en limitant les dangers de leur rupture. Ces manœuvres, je les emprunte aux procédés américains en les modifiant à ma façon, en y ajoutant les nuances d'exécution, de doigté, d'instrumentation qui me sont personnelles et que chacun peut varier dans une certaine mesure.

Les premiers temps de l'opération peuvent se décrire à peu près dans les termes dont je me suis servi pour les fibromes. Après la mise à nu de l'appareil utéro-ovarien (*fig.* 7), il s'agit de l'attaquer de bas en haut. Il faut tailler et refouler dans le petit bassin un lambeau péritonéal antérieur, puis s'assurer de l'utérine en plongeant une pince longuette dans le tissu paramétrique pour la saisir (*fig.* 8).

L'hémostase provisoire ainsi faite, je prends une pince à disséquer, des ciseaux et j'attaque l'insertion vaginale; je coupe obliquement, au jugé, en pénétrant un peu dans le tissu utérin et j'ouvre ainsi le cul-de-sac antérieur. Aussitôt que l'ouverture est

assez grande, je saisis le museau de tanche avec une pince à trac-

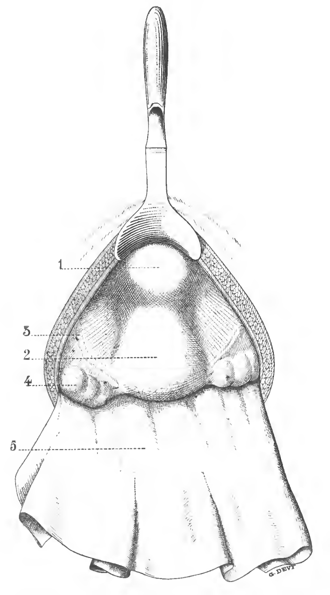


Fig. 7 — 1, vessie; 2, utérus; 3, ligament rond; 4, pyosalpinx; 5, compresses protégeant l'intestin: 6, lambeau péritonéal antérieur refoulé dans le petit bassin; 7, artère utérine vue par transparence dans le tissu paramétrique, et saisie par une pince longuette; 8, vagin séparé du col de l'utérus; 9, col saisi après l'ouverture du cul-de-sac antérieur, fléchi et disséqué; 10, cavité pelvienne pendant l'énucléation des annexes de bas en haut (cette légende est comme aux figures 7 et 10).

tion et je le sors du vagin en fléchissant le segment inférieur; ce

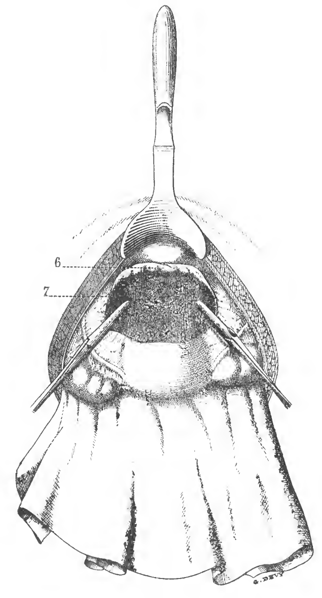


Fig. 8.

qui me permet d'achever peu à peu l'incision circulaire et de libérer le col entièrement (*fig.* 9).

La manière d'enlever les annexes dépend de leur volume et de

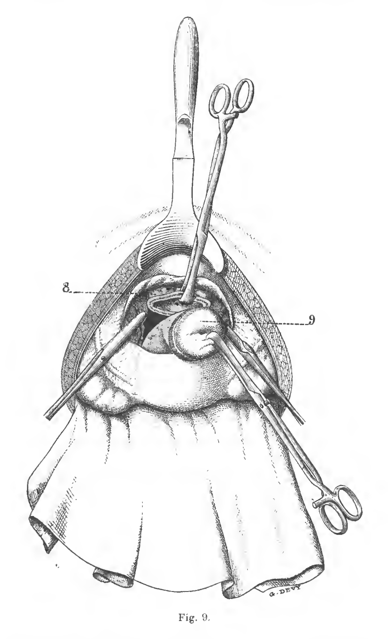


Fig. 9.

leur disposition. Après avoir continué la section au ras de l'utérus, il est utile de déchirer le feuillet antérieur du ligament large, de

couper le ligament rond, d'entrer dans le tissu paramétrique, de

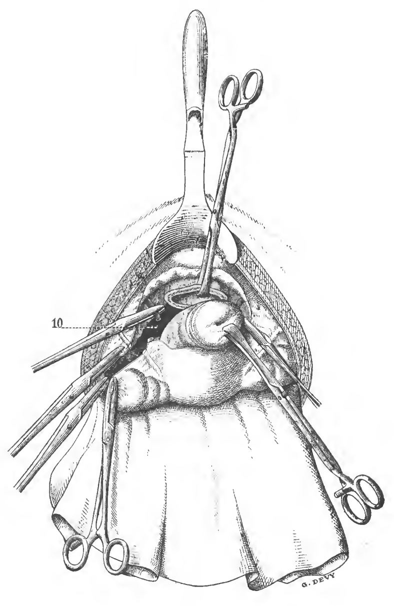


Fig. 10.

rompre ou de sectionner quelques tractus fibreux tout près de la poche purulente, de glisser entre elle et la paroi pelvienne pour

aller couper le bord supérieur du ligament large en dehors des annexes. Pour faire céder les adhérences profondes, décollez de bas en haut, vous avez la chance de voir la trompe s'énucléer sans rupture. Décollez de bas en haut, pour respecter jusqu'au dernier moment la ligne d'adhérences la plus élevée et pour que la rupture se fasse du côté du petit bassin (*fig.* 10).

Si la rupture a lieu, je conseille de faire un lavage limité à la cavité pelvienne, pour entraîner rapidement les matières septiques, plutôt que de laisser les surfaces péritonéales souillées jusqu'à la fin de l'opération.

Quand on a détaché les annexes d'un côté, on répète la manœuvre du côté opposé, et l'appareil utéro-ovarien est enlevé quelquefois d'un seul bloc. Il reste à faire l'hémostase définitive et le pansement de la cavité pelvienne.

Si le péritoine a été parfaitement protégé et que le drainage soit superflu, faisons 'occlusion vaginale comme dans le cas de fibromes ; c'est un bon moyen d'arrêter le sang de la tranche postérieure. Vient ensuite le traitement des ligaments larges, en liant l'utérine au catgut et échelonnant quelques fils qui rapprochent les deux feuillets; enfin la suture séro-séreuse avec le lambeau péritonéal antérieur rabattu sur le moignon vaginal (*fig.* 5 et 6). Mais si l'infection est à craindre, il faut se comporter autrement : l'utérine est liée de la même façon, mais le vagin reste ouvert pour drainer la cavité pelvienne, des mèches de gaze remplissent le petit bassin et traversent la plaie vaginale. Qu'on se rappelle bien le vrai rôle de la gaze : elle séquestre le foyer, mais elle ne fait pas le drainage, ou du moins n'y suffit pas; elle devient, au contraire, une cause de rétention des liquides. Au tamponnement il faut donc associer un large drain placé au milieu des mèches ; il faut même, si l'inondation septique a été grave, ajouter un tube dans la plaie sus-pubienne.

Telle est la méthode sur laquelle je voulais attirer l'attention. Je ne l'ai appliquée jusqu'ici qu'un petit nombre de fois ; aussi attendrai-je encore, avant d'appeler à mon aide un argument qui n'est pas toujours le meilleur, celui de la statistique.

Présentations de malades.

M. Kirmisson. — Je présente ces deux malades traitées, la première il y a a cinq ans par la résection partielle de la hanche pour une coxalgie, la seconde qui a subi un curettage pour fongosités ;

toutes deux ont la hanche criblée de trajets fistuleux et leurs lésions ont rapidement récidivé.

M. Albarran présente une jeune femme qu'il a opérée pour un uretère surnuméraire s'ouvrant dans le vagin.

Renvoyé à une commission (M. Chaput, rapporteur).

Élections.

Au cours de la séance on a procédé à l'élection d'un membre titulaire.

M. Potherat a été élu par 23 voix sur 32 votants.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

Nélaton.

Séance du 23 juin 1897.

Présidence de M. Delens.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

M. le Président invite M. Potherat, élu dans la dernière séance, à venir prendre place au milieu de ses collègues.

Discussion sur la coxalgie.

M. Gérard-Marchant. — J'ai eu l'occasion d'observer un fait de méningite survenue à la suite d'un redressement forcé. Ce fait m'a

beaucoup impressionné et je veux vous le raconter pour que cette observation s'ajoute à celles de M. Kirmisson.

Il s'agissait d'un jeune homme que je soignais depuis sept ou huit ans pour une tumeur blanche du genou. J'avais obtenu par le repos et l'immobilisation de la jointure un bon résultat, et le jeune homme n'allait pas mal lorsqu'il fut repris de phénomènes douloureux. Son articulation prit en même temps une attitude vicieuse je le retrouvai avec une jointure fléchie ne permettant pas le moindre mouvement.

Je fis le redressement brusque de la jointure sous le chloroforme et l'immobilisai dans un appareil plâtré. Les jours suivants le malade fut pris de fièvre, de malaise et le médecin de Saint-Germain qui soignait avec moi le jeune homme pensa que la fièvre et la douleur étaient dues à une compression trop forte de l'appareil plâtré.

Nous changeâmes l'appareil mais il ne blessait en aucune façon le patient. Avec le nouvel appareil la fièvre continua; bientôt apparurent des symptômes de méningite et, au bout de six semaines, le malade mourait.

On ne peut s'empêcher d'être très impressionné par une telle complication survenant immédiatement après le redressement pratiqué chez un enfant en pleine santé.

M. Berger. — Ce que je veux dire a trait à la pratique des injections dans les abcès de la coxalgie.

On obtient des guérisons par les injections d'éther iodoformé ou de naphtol camphré lorsqu'on les fait dans des abcès qui se forment au cours du traitement d'une coxalgie.

Voici par exemple un coxalgique traité depuis longtemps par l'immobilisation dans un appareil plâtré, vous constatez un jour, en changeant l'appareil, qu'un abcès s'est formé. Cet abcès vous le guérirez par une, deux ou trois injections.

Mais ayez affaire à un malade non traité jusque-là qui se présente à vous avec un abcès. Sa coxalgie est en voie d'évolution, dans sa période d'augment, vous n'obtiendrez rien des injections. Est-ce à dire que le curettage de l'articulation sera préférable? Non. A la suite de curettages minutieusement faits, dans lesquels j'enlevais à la curette toutes les parties que je suspectais, à la suite de curettages qui pouvaient passer pour de véritables résections atypiques, j'ai vu la suppuration se reproduire et de véritables récidives avoir lieu.

Au point de vue du choix de l'appareil à employer, je me rapproche beaucoup de l'opinion émise par M. Reynier. En ville, je crois qu'une gouttière de Bonnet, permettant l'extension, est le meilleur appareil. A l'hôpital, je mets un appareil namovible.

Lorsque la maladie marche vers la guérison, je ne laisse le patient marcher qu'au bout de dix-huit mois.

M. Jalaguier. — Je n'ai rien à ajouter à ce qui vous a été dit par mes collègues sur le traitement de la coxalgie ; comme eux, je suis ennemi de la résection et je considère cette opération comme un pis-aller qu'il faut réserver aux coxalgies compliquées de fistules intarissables ou d'abcès ayant résisté aux ponctions suivies d'injections de naphtol camphré ou d'éther iodoformé.

Les rares résections que je pratique sont presque toujours des opérations atypiques ; j'enlève ce que je puis atteindre mais je ne me berce pas de l'illusion d'arriver à un curettage intégral de l'articulation.

J'ai constaté, comme M. Ménard, que les injections modificatrices préalables créaient une condition favorable au succès de l'opération.

Comme traitement de la coxalgie non suppurée, je ne suis pas exclusif ; à l'hôpital, et lorsque je puis surveiller de près les malades, j'emploie l'extension continue, soit sur la planche de Lannelongue, soit dans la gouttière de Bonnet.

Lorsque les douleurs ont disparu, au bout de sept ou huit mois, en général, j'applique un appareil plâtré et je permets la marche avec des béquilles, en faisant porter du côté sain un soulier fortement surélevé.

Lorsque l'extension continue ne peut pas être exactement surveillée, ce qui n'est que trop fréquent, étant donnée l'insuffisance de nos services de chirurgie infantile, j'applique d'emblée l'appareil plâtré, après redressement sous chloroforme, si l'attitude est vicieuse, et je suis d'accord avec M. Brun pour dire que les abcès consécutifs ne sont pas plus fréquents chez les enfants de cette catégorie que chez ceux qui sont traités par l'extension continue.

Je ne veux pas insister davantage sur les indications que comporte le traitement de la coxalgie ; ce sujet m'entraînerait à de trop longs développements.

Je dirai seulement que je ne partage point les craintes de M. Kirmisson relativement au redressement, sous chloroforme, d'une coxalgie en attitude vicieuse, avec ou sans luxation. Mais je tiens à bien établir que jamais je n'applique ce mode de traitement à une coxalgie compliquée d'abcès.

D'autre part, il ne faut pas s'acharner à plus ou moins redresser à tout prix des coxalgies anciennes guéries en position vicieuse, car l'ostéotomie sous-trochantérienne donne, dans ces conditions, d'excellents résultats.

J'ai fait établir un relevé portant sur 122 cas de coxalgie traités

dans mon service, à l'hôpital Trousseau. 67 cas ont présenté des abcès.

Sur ces 122 enfants, 11 sont morts : 7 de méningite, 4 de complications pulmonaires. (Ce chiffre de mortalité ne correspond évidemment pas à la réalité, car nombre de ces enfants n'ont pas été suivis jusqu'à la fin.)

Sur ces 122 enfants, 46 ont été traités par l'extension continue simple, et, chose curieuse, c'est dans cette série que je trouve 5 morts de méningite et 4 morts par complications pulmonaires.

48 ont été traités par l'immobilisation simple sans redressement ils ont fourni 2 morts par méningite.

Enfin 41 malades ont subi le redressement sous chloroforme. Or, chose remarquable, je ne trouve dans cette série aucun cas de mort par méningite ou complications pulmonaires. On me dira sans doute que c'est une série heureuse ; je le veux bien, mais je crois aussi que c'est parce que je n'applique jamais le redressement forcé chez les enfants porteurs d'abcès ou dont l'état général est mauvais. Dans tous les cas le fait est là, indiscutable. Sur ces 41 enfants, aucun n'a eu de complications méningitiques ou pulmonaires à la suite du redressement forcé.

J'ai aussi étudié comparativement la valeur des injections de naphtol camphré et d'éther iodoformé pour le traitement des abcès.

18 abcès ont guéri après 68 injections de naphtol camphré seul, soit en moyenne après 3 ou 4 ponctions pour chaque malade.

23 abcès ont guéri après 52 injections d'éther iodoformé seul, soit, environ, 2 ponctions pour chaque malade.

Enfin 22 abcès ont guéri par l'association des deux agents modificateurs. J'ai remarqué plusieurs fois que des abcès restés réfractaires aux injections répétées de naphtol camphré guérissaient rapidement, après une ou deux injections, quand on substituait l'éther iodoformé au naphtol.

Il y a donc, à mon avis, une supériorité curatrice très nette en faveur de l'éther iodoformé.

Quelques-uns des abcès ainsi traités deviennent fistuleux ; je ne puis dire exactement dans quelle proportion, car les chiffres précis me font défaut ; mais le fait est exceptionnel et s'observe seulement lorsque les ponctions sont pratiquées pour des abcès à peau amincie et prêts à s'ouvrir spontanément. Encore faut-il remarquer que la guérison de ces fistules n'est pas rare, si l'on prend soin d'éviter l'infection secondaire et de modifier les trajets fistuleux par attouchements répétés avec une solution d'acide lactique au tiers.

M. Hennequin. — Après la discussion sur la communication de

M. Ménard et le rapport de M. Kirmisson sur la coxalgie, on reste quelque peu perplexe quant au meilleur appareil orthopédique à employer dans cette affection. MM. Kirmisson et Brun, tout en reconnaissant que l'extension continue est un des moyens les plus puissants d'atténuer la douleur, donnent néanmoins la préférence aux appareils plâtrés qui immobilisent les grandes articulations du membre inférieur et le bassin. M. Broca, au contraire, soumet le membre à l'extension continue et laisse toute liberté à l'articulation coxo-fémorale. MM. Quénu et Reynier conseillent l'immobilité relative de cette articulation au moyen de l'appareil de Lannelongue et de la gouttière de Bonnet, y associant l'extension continue.

Pour M. Brun, le grand avantage des appareils plâtrés est, en permettant la marche, de changer d'air et d'éviter les inconvénients du décubitus dorsal prolongé. A ces derniers appareils, M. Broca reproche de soustraire la racine du membre aux yeux du chirurgien, de masquer des abcès qu'on aurait pu traiter en temps opportun ; M. Quénu, de s'infecter malgré les plus minutieuses précautions, de rendre très difficiles, sinon impossibles, les soins de propreté, et enfin, trompant la surveillance, de permettre à des enfants indociles d'exécuter des mouvements, de se livrer à des ébats plus ou moins désordonnés.

Nous sommes donc en présence de trois modes de traitement orthopédique : l'immobilité des grandes articulations du membre inférieur au moyen d'appareils inamovibles permettant la marche ; l'immobilité relative avec l'appareil de Lannelongue et la gouttière de Bonnet, associés à l'extension continue ; et l'extension continue seule, le membre en rectitude ou en flexion, laissant toute liberté à l'articulation coxo-fémorale.

Auquel de ces modes de traitement doit-on donner la préférence ?

Dans le cours de cette discussion, il n'a été fait aucune allusion au résultat final, au fonctionnement ultérieur de l'articulation coxo-fémorale. Ce silence me paraît d'autant plus regrettable que ce point a une réelle importance et sera sans aucun doute un facteur assez puissant pour recourir au mode de traitement qui donnera les plus grandes garanties au point de vue fonctionnel, sans nuire aux soins hygiéniques que réclame plus ou moins impérieusement l'état général du malade. Car la coxalgie étant une menace perpétuelle pour la vie, quoique ne la compromettant qu'assez rarement, eu égard au nombre des sujets qui en sont atteints, aucun des moyens propres sinon à tuer, du moins à endormir les colonies bacillaires, ne doit être négligé, ayant à craindre pendant de nombreuses années, sinon la vie durant, un retour offensif.

Au point où en est cette discussion, je laisse de côté le traitement médical, qui variera selon l'état social du patient. Je me bornerai à quelques considérations très courtes sur le traitement orthopédique.

Quel est le but qu'on se propose d'atteindre en immobilisant l'articulation coxo-fémorale ? C'est d'empêcher les frottements de surfaces articulaires plus ou moins altérées, causes d'irritation, d'inflammation et de douleurs d'autant plus intenses que l'énergie des contractions et des contractures est plus grande, que les cartilages de revêtement sont dépolis, érodés ou détruits sur une plus grande étendue. Et si la luxation spontanée de la tête fémorale apporte souvent un grand soulagement au patient et un temps d'arrêt dans l'évolution de la maladie articulaire, elle compromet pour toujours les fonctions du membre.

L'immobilité prolongée de la hanche entraînant presque fatalement l'ankylose fibreuse, parfois osseuse, de l'articulation coxo-fémorale, il est permis de se demander si, par un autre moyen, qui tout en supprimant les frottements, en combattant les contractions et les contractures des muscles, en s'opposant à la luxation spontanée de la tête fémorale, on ne pourrait pas atteindre l'extinction du processus inflammatoire sans compromettre ni l'état général, ni les fonctions de l'articulation.

En 1879, j'ai entrepris une série d'expériences sur le cadavre dans le but de savoir quelle traction intégralement transmise à un membre inférieur placé horizontalement il faudrait exercer pour abaisser la tête fémorale dans sa cavité. Un appareil enregistreur d'une grande sensibilité était relié à un piston vissé au pôle de la tête fémorale. Tous les muscles de la cuisse avaient été respectés, excepté le psoas iliaque que j'avais été obligé de sacrifier pour perforer la cavité cotyloïde par la fosse iliaque interne. Je n'étais donc pas tout à fait dans les conditions normales, puisqu'un muscle puissant avait été supprimé et que l'air ayant un libre accès dans la cavité cotyloïde, la traction n'avait plus à lutter contre la pression atmosphérique. Et s'il est permis de conclure de l'homme mort à l'homme vivant, tout en tenant compte des variations que faisaient subir à l'abaissement de la tête l'état du cadavre, la température et la fatigue de l'élasticité musculaire, ces expériences ne sont pas sans valeur. Elles m'ont permis de constater que l'abaissement de la tête du fémur dans sa cavité oscillait avec une traction de 2 kilogrammes entre 2/10 et 6/10 de millimètre ; avec 5 kilogrammes entre 10/10 et 20/10 ; avec 10 kilogrammes entre 40/10 et 65/10 de millimètre.

La tête fémorale peut donc s'abaisser d'une quantité sensible lorsqu'elle est soumise à une traction d'une énergie modérée.

Sur le vivant, ayant à lutter contre tous les muscles pelvi-fémoraux et contre la pression atmosphérique, il faudra une plus grande traction pour obtenir le même degré d'abaissement de la tête; mais on peut néanmoins écarter suffisamment les surfaces articulaires pour rendre inoffensifs les mouvements du fémur sur le bassin.

Quant à l'abaissement de la tête par l'extension continue prolongée, elle ne peut plus être mise en doute. N'est-ce pas par ce moyen qu'on prépare la réduction des luxations congénitales de la hanche? Par ce moyen encore, j'ai pu rendre les mouvements normaux à une articulation coxo-fémorale ankylosée depuis dix ans à la suite de coxalgie. Je ne pense pas qu'on puisse refuser à un moyen assez puissant pour rendre ses mouvements à une articulation ankylosée depuis longtemps l'énergie nécessaire pour empêcher cette anhylose de se produire avant sa formation.

Et tant qu'on ne m'aura pas démontré que l'ankylose est un mal nécessaire mettant plus sûrement que les autres moyens de guérison à l'abri des rechutes, et que les abcès sont plus fréquents pendant le traitement par l'extension continue que par l'immobilité, je serai avec M. Broca pour conseiller l'extension continue sans contention dans le traitement de la coxalgie, à n'importe quelle période, mais particulièrement au début. Je laisserai la liberté à l'articulation fémorale aussitôt que les contractures auront cédé et que les surfaces articulaires seront maintenues séparées, temps qui varie un peu avec les sujets et les lésions. Lorsque les surfaces articulaires rouleront pour ainsi dire dans le vide ou dans le liquide contenu dans la capsule, s'il survient un abcès, ce n'est pas un prétendu traumatisme produit par les mouvements que j'accuserai, mais l'état général du patient.

Par ce procédé, les soins de propreté sont donnés sans la moindre difficulté; la racine du membre n'étant masquée par aucun appareil, les abcès seront découverts aussitôt que formés. De plus, on pourra sans obstacle appliquer sur les régions malades les révulsifs que l'on jugera les plus utiles. Les enfants pourront jouer assis dans leur lit, être promenés en voiture dans la même position.

Mais pour que l'extension continue donne de bons résultats et conserve à l'articulation ses mouvements, il faut qu'elle soit faite selon les principes des sciences exactes; il faut que l'outillage employé soit convenablement disposé et fonctionne bien; il faut réduire les résistances autant que possible, prendre ses points d'appui sur le squelette du segment mobile, afin d'avoir une transmission aussi intégrale que porsible, un levier mobile; il faut que les forces motrices soient appliquées progressivement et que leur travail moteur soit supérieur à celui des résistances.

On ne doit pas confondre la traction avec l'extension ; la traction est le travail moteur, quel qu'il soit, petit ou grand, suffisant ou insuffisant, tandis que l'extension est le travail utile, c'est-à-dire la partie de la traction qui, toutes les résistances étant vaincues, corrige le chevauchement dans les fractures, sépare et maintient séparées les surfaces articulaires dans les arthropathies.

Et comme je n'ai jamais vu s'ankyloser une articulation soumise à l'extension continue scientifiquement dirigée, je suis amené à la conclusion suivante :

Quelle que soit la nature de l'affection qui expose l'articulation coxo-fémorale à s'ankyloser (et la coxalgie est de ce nombre), le traitement de choix appliqué le plus tôt possible est l'extension continue faite par la pesanteur. Les forces motrices prenant leurs points d'appui sur le squelette du segment mobile et transmises aussi intégralement que possible, devront encore avoir, déduction faite de toute déperdition inhérente à toute machine en mouvement, une énergie supérieure à celle des résistances.

Le rendement des machines les mieux installées atteint rarement 80 0/0.

Quand l'appareil est appliqué de façon à faire rendre aux forces motrices tout le travail utile dont elles sont capables, c'est-à-dire si les points d'appui sont pris sur le squelette du segment mobile bien protégé ; si la partie de la cordelette qui supporte le poids est dans le prolongement de l'axe du fémur depuis son point d'application au lien extenseur jusqu'à son point de réflexion sur la bobine de la poulie ; si on a écarté tous les obstacles qui pourraient entraver le libre parcours du poids, la force de traction à employer dans les coxalgies sans ankylose est de 2 à 3 kilogrammes chez les enfants, de 3 à 4 kilogrammes chez les adolescents, de 5 à 6 kilogrammes chez les adultes. Lorsqu'il y a ankylose fibreuse, la traction n'aura d'autre limite que la tolérance.

Les enfants et les adolescents supportent, en général, très bien des tractions considérables. J'ai souvent employé des poids de 5 kilogrammes chez des enfants de 9 à 12 ans et de 6 kilogrammes et demi chez des adolescents ; à la condition de commencer par un poids de 2 kilogrammes, auquel on ajoutera 500 grammes tous les deux jours, de préférence le matin ; la traction étant mieux tolérée le jour que la nuit.

M. Kirmisson. — Je me félicite hautement d'avoir provoqué cette discussion sur le traitement de la coxalgie, à propos de la communication de M. Ménard. Tous les orateurs qui ont pris successivement la parole, tous, sans exception, se sont prononcés en faveur de la méthode conservatrice ; il est donc permis de dire que c'est

là, à l'heure actuelle, l'expression de la pensée de la Société de chirurgie, et la discussion n'aurait-elle donné que ce résultat que je le regarderais, pour ma part, comme de la plus haute importance.

On a pu me faire le reproche d'avoir élargi outre mesure le débat, en y faisant rentrer l'étude du traitement applicable à la coxalgie commençante. Mais, en réalité, l'étude de l'immobilisation et de l'extension continue se rattache à la question, puisque, de la bonne position qu'on aura donnée au membre dès le début, dépendra la possibilité de la conservation ultérieure.

Deux courants d'opinion se sont manifestés à cet égard : M. Brun préférant avec moi l'immobilisation rigoureuse au moyen de l'appareil plâtré, tandis que MM. Broca, Jalaguier, Quénu donnent la préférence. à l'extension continue. Sans vouloir rentrer dans le débat, je me contenterai de répéter que, pour moi, l'appareil plâtré est le meilleur, parce qu'il réalise une immobilisation plus rigoureuse, parce qu'il est moins encombrant et permet plus facilement le déplacement des enfants pour les exposer au grand air. Mais je comprends que mes collègues, avec des soins dévoués et une attention de tous les instants, arrivent à tirer de l'extension continue des résultats avantageux. Mais qu'on ait recours à l'immobilisation pure et simple ou à l'extension continue, le point sur lequel j'insiste, c'est la nécessité d'appliquer au traitement de la coxalgie le principe qui nous guide dans la cure de la luxation congénitale de la hanche, c'est-à-dire de placer le membre dans une position moyenne d'abduction, de manière à favoriser l'emboîtement réciproque de la tête fémorale et de la cavité cotyloïde, et à éviter l'adduction qui, je le répète, est la source de tous les maux dans la coxalgie.

Quant au redressement forcé et à ses rapports avec la méningite tuberculeuse, l'opinion que j'avais émise à cet égard a été combattue par tous mes collègues, et je m'attendais bien à ce résultat. Notez, messieurs, que j'ai pensé tout d'abord comme vous, et quand je suis arrivé, il y a huit ans, à l'hôpital des Enfants-Assistés, j'ai pratiqué sans réserve le redressement forcé des coxalgies anciennes. Mais les cinq cas de mort par méningite tuberculeuse que je vous ai déjà cités sont venus me faire changer d'avis. Et ce qui montre bien qu'il ne s'agit pas là d'une pure coïncidence, c'est l'époque à laquelle surviennent les accidents méningitiques ; comme dans l'observation qui vient de vous être rapportée par M. Gérard Marchant, c'est presque toujours trois semaines après le redressement que se montrent les premiers symptômes de méningite, rappelant ce qui se passe dans les inoculations tuberculeuses faites dans le laboratoire.

Sans donc proscrire d'une manière absolue le redressement brusque dans le traitement de la coxalgie ancienne, je ne le regarde pas comme sans gravité, et ici, je me rapproche beaucoup de notre collègue, M. Jalaguier, qui disait à l'instant qu'il ne pratiquait pas ce redressement chez les enfants ayant la fièvre, chez ceux dont l'état général laisse à désirer, qui présentent des luxations pathologiques, de la suppuration. Ce que je tiens avant tout à éviter, c'est la violence ; aussi, plutôt que de déployer une force trop grande, je préfère laisser le redressement incomplet, comptant pour parfaire le résultat sur l'extension continue qui me paraît ici reprendre tous ses droits.

Vient le traitement de la coxalgie avec abcès. Ici j'avoue que j'ai peine à comprendre le reproche qui m'est fait par M. Ménard d'avoir confondu les tuberculoses fermées et les tuberculoses ouvertes. J'avais pris soin, dans ma première communication, de traiter, dans deux paragraphes distincts, des coxalgies avec abcès fermés et des coxalgies fistuleuses. Et d'ailleurs, M. Ménard a visité fréquemment mon service, et il m'a entendu insister à chaque instant sur le danger de transformer les tuberculoses fermées en tuberculoses ouvertes, dans la crainte de voir survenir la septicémie. Paraphrasant l'ancien adage de Niemeyer, j'ai même l'habitude de dire et de répéter à mes élèves : le plus grand danger que puisse courir un tuberculeux, c'est de devenir septicémique.

C'est précisément parce que je suis imbu de ces idées, que je suis un ardent partisan du traitement des abcès tuberculeux par la ponction et les injections modificatrices.

Ici encore se place une nouvelle objection qui m'a été faite par M. Ménard. Ce que vous guérissez par les injections iodormées, nous dit-il, ce ne sont pas des abcès infectés, ce ne sont pas même, à proprement parler, des abcès, mais bien de véritables tuberculomes. C'est là une assertion singulièrement hasardée, et souvent un abcès tuberculeux, non encore ouvert, présente déjà dans son intérieur des microbes associés. Et, du reste, pour tout chirurgien une collection purulente est un abcès, et si l'on doit conserver le mot tuberculome, c'est pour désigner ces amas de matière caséeuse contre lesquels, justement, la ponction est impuissante, leur contenu étant trop épais pour s'engager dans la fine canule du trocart.

M. Berger a introduit dans le débat une notion fort importante, en remarquant que les ponctions et les injections modificatrices ont une action beaucoup plus favorable dans les abcès tardifs de la coxalgie que dans les abcès de la période active du mal. C'est là une remarque parfaitement juste, et si je n'en avais pas parlé moi-même, c'est que je n'avais pas la prétention de traiter devant vous

tous les points de cette intéressante question. Ces abcès tardifs, on les rencontre souvent plusieurs années après le début, aussi bien dans la coxalgie que dans le mal de Pott, et j'ai l'habitude de les appeler *abcès résiduaux*, voulant dire par là qu'ils tiennent à un petit reliquat de lésion souvent fort limitée et qui a la plus grande tendance à la guérison.

Ce serait toutefois une erreur de croire que, dans la période aiguë de la maladie, la méthode des ponctions et des injections soit sans valeur; mais, dans ce cas, le pus ayant la plus grande tendance à se reproduire, il devient souvent nécessaire de répéter les ponctions. J'ai entendu avec beaucoup de plaisir la communication de M. Jalaguier, si nourrie de faits; elle vient à l'appui de l'assertion que j'avais émise ici sur la supériorité des injections d'éther iodoformé comparées aux injections de naphtol camphré, puisque, dans la statistique de M. Jalaguier, les injections de naphtol camphré ont dû être répétées trois fois plus souvent que celles d'iodoforme pour arriver à la guérison. Ce point particulier de la question me semble donc définitivement jugé.

Quelle que soit la valeur des injections iodoformées, elles ne réussissent pas toujours; souvent aussi nous nous trouvons en présence d'une tuberculose déjà ouverte; eh bien! ici encore, les différents procédés de la méthode conservatrice, larges incisions, drainage, tunnellisation osseuse défendue par M. Quénu, trouvent encore leur application, et les opérations radicales doivent être, autant que possible, rejetées.

Le curetage intégral des fongosités de M. Ménard n'est qu'un mot. Le plus souvent, quelque insistance qu'on y mette, on n'arrivera pas à détruire, à extirper en totalité toutes les fongosités, et, en s'acharnant à leur poursuite, on sera conduit à pratiquer des opérations souvent fort étendues.

A l'appui de cette opinion, je vous ai présenté deux malades que le hasard a amenés dans mon service; l'un a été réséqué de la hanche il y a trois ans; l'autre, a subi un curetage, et tous les deux conservent une fistule.

Je conclus donc en disant : les opérations économiques font aussi bien pour la guérison de la tuberculose, et elles valent mieux, au point de vue orthopédique, que les opérations radicales, comme la résection.

Rapport.

Deux cas d'occlusion intestinale, par M. le D[r] LEGUEU, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Rapport par M. BROCA.

M. le D[r] Legueu nous a lu, il y a quelque temps, deux observations intéressantes d'occlusion intestinale.

La première, qui a trait à une *torsion du côlon ascendant* relève, on le voit, d'une lésion que sa rareté rend intéressante. Elle concerne un homme de 37 ans, qui depuis un an avait été pris environ tous les mois de coliques brusques, sans diarrhée, assez violentes pour le forcer à quitter son travail; chaque crise durait trois à quatre heures; aucun trouble intestinal dans l'intervalle. Le 13 mars 1896 débutèrent les accidents, par une crise qui d'abord ne sembla pas plus intense que les autres mais se transforma vite en occlusion. Au bout de trois jours, après échec des purgatifs et des lavements, le malade se décida à entrer à l'hôpital et M. Legueu, appelé d'urgence, pratiqua la laparotomie. La première exploration fut pour la fosse iliaque droite, où rien d'anormal ne fut senti; alors, après avoir constaté que l'S iliaque était rétracté et l'intestin grêle distendu, M. Legueu eut recours à l'éviscération partielle. Il vit ainsi faire saillie dans la partie supérieure de l'incision une portion d'intestin distendue au point de ressembler à un estomac dilaté. Mais en l'abaissant, il reconnut qu'en réalité c'était le cæcum, situé au-dessous d'une torsion de l'extrémité inférieure du côlon ascendant. Le cæcum avait ainsi fait un demi-tour de gauche à droite; en outre, il avait subi une translation en haut et à gauche, de façon à venir se loger dans la région épigastrique.

La remise des parties en position normale fut aisée, mais la réduction exigea l'évacuation du cæcum par incision franche suivie de suture. *Le malade succomba le 19 mars*, avec tous les signes d'une septicémie péritonéale aiguë.

L'autopsie permit de vérifier la disposition anatomique, constatée déjà au cours de l'opération grâce à laquelle avait été possible cette torsion : le mésocôlon ascendant ne commençait que notablement au-dessus du cæcum, en sorte que l'extrémité inférieure du côlon était libre, entourée de toutes parts de péritoine. C'est là une disposition rare, mais non très exceptionnelle, en particulier chez l'enfant en bas âge, et je me souviens d'en avoir disséqué plusieurs cas, dont un où le mésocôlon ne commençait qu'à peine au-dessous de l'angle droit du côlon transverse, en sorte que

l'angle iléo-cæcal était assez mobile pour pouvoir être rabattu au-devant de l'appendice xiphoïde.

J'insisterai sur la distension du cæcum ; on sait qu'elle est la règle pour les différents segments d'intestin atteint de volvulus et que von Wahl (de Dorpat) en a tiré un signe important pour le diagnostic. Dans le cas actuel, M. Legueu n'avait pas trouvé dans le ventre, avant l'opération, le météorisme limité et fixe décrit par von Wahl. On conçoit combien cette notion est contraire au traitement par l'anus contre nature, car on risque fort d'ouvrir à l'extérieur précisément l'anse tordue, qui souvent remplit presque l'abdomen, et le résultat, naturellement, est nul. Il y a déjà longtemps que mon ami Hartmann a fait valoir cet argument. Il est inutile d'insister davantage, car aujourd'hui je crois que les partisans de l'anus contre nature sont très raréfiés.

C'est peut-être pour la deuxième observation de M. Legueu que l'anus contre nature compterait encore quelques adeptes. Dans ce cas, il s'agit d'une femme de 61 ans chez laquelle des accidents graves d'occlusion complète persistèrent après la réduction d'une hernie étranglée pendant une journée. Au dixième jour, soupçonnant une réduction en masse, M. Legueu fit la laparotomie : il ne trouva aucun obstacle mécanique, mais à la jonction de la partie distendue et de la partie affaissée il vit un sillon noir, marquant bien évidemment la place du contour de la partie serrée de l'ancien étranglement herniaire. Après quelques manipulations ayant démontré la perméabilité de l'intestin à ce niveau, M. Legueu referma le ventre : une heure et demie après la débâcle se produisait, et la malade guérit sans encombre.

Ces cas de *pseudo-étranglement par paralysie* sont rares, mais incontestables. On en a déjà observé à la suite de taxis, de kélotomie, de laparotomie pour occlusion, et ils ont donné lieu à un travail tout récent de Heidenhain [1]. C'est dans ces conditions que l'on obtient des succès rapides par l'administration d'un purgatif. Mais, dans l'espèce, M. Legueu devait-il recourir à cette thérapeutique? Je ne le pense pas, car le diagnostic exact de la lésion intra-abdominale était impossible. Les signes sont bien douteux, pour permettre d'éliminer, à coup sûr, la réduction en masse, la réduction de l'anse toujours enserrée par le collet, la persistance d'un pincement dans un collet profond, toutes lésions auxquelles convient seule la laparotomie aussi rapide que possible. L'observation de M. Legueu prouve qu'un résultat favorable peut être acquis grâce à la laparotomie ; elle nous montre aussi que dans ces conditions la laparotomie simple est bénigne, et ainsi tombe un

[1] Heidenhain, *Deut. Zeitschr. f. Chir.*, 1896, t. XLIII, p. 201.

des derniers arguments en faveur de l'anus contre nature, dont les quelques succès définitifs, avec guérison ultérieure de la fistule, concernent sans doute des pseudo-occlusions paralytiques.

Présentations de malades.

M. Faure présente une malade atteinte de goitre exophtalmique à laquelle il a pratiqué l'extirpation des deux sympathiques cervicaux.

M. Ricard présente un malade auquel il a pratiqué la gastrostomie par le procédé de M. Fontan, de Toulouse.

M. Nélaton présente un malade atteint d'ostéome éburné de l'orbite.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

Nélaton.

Seance du 30 juin 1897.

Présidence de M. Delens.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Un mémoire de M. Gilis, intitulé : *Plaie de l'abdomen par arme à feu. Traitement médical. Guérison* (renvoyé à une commission : M. Lejars, rapporteur);

3° Une lettre adressée à la Société de chirurgie par le Comité exécutif du XII[e] Congrès international de médecine, invitant les membres de la Société à se rendre à Moscou.

Rapport.

Sur un cas d'entéropexie, par M. Villemin.

Rapport par M. PERIER.

M. Villemin a pratiqué une laparotomie chez une femme qui présentait des signes d'occlusion intestinale. Voici le résumé de cette observation :

Céline P., fleuriste, âgée de 24 ans 1/2, entre le 17 octobre à l'hôpital Saint-Antoine dans le service du Dr Lermoyez. On ne relève dans ses antécédents personnels qu'une péritonite tuberculeuse datant de l'enfance.

Le 11 octobre, à la fin du dîner, la malade est prise brusquement de douleurs intenses au niveau de la région ombilicale ; elle vomit toute la nuit. Les vomissements durent toute la semaine et il n'y a aucune garde-robe depuis le début des accidents. Le 17 octobre, elle entre à l'hôpital avec tous les symptômes d'une occlusion intestinale. De la glace est appliquée sur le ventre ; pas de purgatif.

Le 19 octobre, M. Fernand Monod, à l'obligeance duquel nous devons l'observation des faits qui ont précédé et suivi l'intervention, trouve la malade très affaiblie, les yeux excavés, le facies péritonitique ; elle a rendu le matin même, pour la première fois un vomissement nettement fécaloïde. Le pouls est bon, bat 100. La température axillaire est 36°. La malade confirme qu'elle n'a eu aucune selle ni rendu aucun gaz depuis le début des accidents. Les orifices herniaires sont libres. Le ventre est ballonné et présente une sensibilité généralisée.

Appelé le soir d'urgence, en présence de cet ensemble symptomatique, des vomissements fécaloïdes qui nous sont montrés, nous pensons à une occlusion intestinale vraisemblablement due à la péritonite tuberculeuse ancienne et à l'aide d'un des multiples mécanismes qui provoquent d'habitude cette complication. Malgré l'état d'affaiblissement de la malade, malgré la légère hypothermie, malgré la longue durée des accidents qui remontaient à huit jours, l'intervention s'imposait.

Laparotomie médiane de 12 centimètres environ. Aussitôt l'abdomen ouvert, on constate une symphyse complète des anses grêles ; elles sont intimement accolées entre elles ; non seulement toute tentative de déroulement serait impraticable, mais encore il est impossible d'insinuer le doigt entre les anses intestinales qui forment un gâteau étroitement retenu par le mésentère. Elles sont tympanisées, mais peu congestionnées. On se trouvait donc en présence d'un de ces accidents éloignés et bien connus des péritonites tuberculeuses anciennes et guéries, complication qui offre des difficultés insurmontables à toute tentative chirurgicale.

Néanmoins, comme ces anses n'étaient pas très rouges, ne présentaient qu'un état congestif léger, il était permis de supposer que l'obs-

tacle réel pouvait être ailleurs. Ayant légèrement soulevé cette masse intestinale agglutinée et cherchant dans la région cœcale, nous rencontrons tout de suite une anse très dilatée, congestionnée, légèrement violacée. Elle forme une boucle repliée et tordue sur elle-même, comme attachée à un point fixe situé en arrière d'elle.

Aussi, lorsqu'on la relève et que, par une légère traction vers la gauche de la malade, on détord cette anse congestionnée, on aperçoit alors trois choses : d'abord cette anse très rouge, distendue par les gaz, ayant doublé de volume ; puis une portion de l'intestin longue environ de deux à trois centimètres de calibre réduit, qu'on pourrait comparer au volume du petit doigt, d'aspect blanchâtre, presque fibreux, comme si elle eût été entourée d'une bague cicatricielle ; enfin au delà, de l'intestin normal de calibre et de couleur, pâle et complètement vide, légèrement infléchi en bas. Lorsqu'on venait alors à abandonner à elle-même l'anse rouge et distendue, immédiatement elle retombait, sa partie moyenne s'arrondissait en bas vers l'excavation pelvienne, et à l'endroit de sa continuité avec la partie rétrécie elle formait un coude brusque, un angle plus petit qu'un angle droit, comme si elle avait été suspendue à ce point de jonction plus fixe et attiré en haut par la rétraction cicatricielle.

Un des assistants parlait de faire un anus artificiel sur l'anse dilatée. Mais la difficulté de reconnaître au milieu de ces anses soudées le niveau de l'iléon où allait porter cet anus, les conséquences qui au point de vue de la physiologie de la digestion, pouvaient en découler, les mauvais résultats que donne en général après la laparotomie ce mode d'intervention qui n'est qu'un pis-aller, n'étaient pas faits pour nous encourager à utiliser cette ressource.

En somme, on avait sous les yeux à peu près tous les mécanismes d'occlusion intestinale que la péritonite tuberculeuse permet d'observer : soudure des anses, rétrécissement, coudure, torsion. Auquel de tous ces modes la patiente était-elle redevable de son obstruction ?

D'abord, les anses d'intestin intimement soudées, formant un paquet à la partie moyenne de l'abdomen, n'étaient nullement congestionnées, relativement peu distendues ; il y avait peu de chances pour que ce fût là que résidât l'obstacle. En revanche, la portion rétrécie suivait immédiatement l'anse dilatée et rouge, et en présence de ce fait le choix d'une intervention rationnelle ne pouvait hésiter qu'entre une résection de l'anse atrésiée suivie d'enterroraphie circulaire, opération longue qui n'aurait pas été sans préjudice pour la malade, et une entéro-anastomose entre les portions au-dessus et au-dessous de l'obstacle, opération plus indiquée puisqu'elle eût été plus courte.

Mais à son tour le rétrécissement intestinal était-il bien la cause de l'occlusion ? Une simple manœuvre permettait de se rendre compte du contraire.

Quand l'anse dilatée était dans sa situation naturelle, la pression de cette anse entre les doigts ne parvenait en aucune façon à en expulser les gaz vers le bout inférieur. Venait-on à la relever, ce qui effaçait la coudure, et à la détordre, immédiatement les gaz et les

liquides qui y étaient contenus passaient avec la plus grande facilité dans la portion rétrécie. Celle-ci donc n'était pas un obstacle absolu au cours des matières et ne pouvait être incriminée comme l'agent principal de l'obstruction. Alors à quoi bon créer une voie de dérivation, puisque l'intestin, quoique réduit de calibre, paraissait suffisant ?

D'après nous, c'était la coudure brusque de l'intestin, accompagnée d'une légère torsion sur l'axe, qu'il fallait accuser. Et cette coudure était devenue permanente, car dès qu'on abandonnait à lui-même le paquet intestinal, immédiatement l'anse dilatée revenait à sa situation première et on ne pouvait plus en expulser par pression les gaz contenus. Devant l'indocilité de cette anse à prendre une place différente dans l'abdomen nous eûmes recours à l'entéropexie.

En tirant légèrement sur cette anse coudée, il fut facile de la placer horizontalement, en continuité d'axe avec celui de la portion rétrécie qui lui faisait suite, et de la fixer à la paroi abdominale à gauche par trois points de suture passés de la partie libre de l'intestin au péritoine pariétal. Deux autres points assujettirent de même manière à droite l'anse normale qui faisait suite à la portion atrésiée et qui avait aussi une certaine tendance à s'infléchir en bas. Suture de la paroi sans drainage. Durée de l'opération : trente minutes. Suites des plus simples. Quelques vomissements dus au chloroforme.

Dès le lendemain, la malade s'alimentait légèrement avec un peu de lait. Le matin, un lavement avait déterminé une selle sans provoquer aucune douleur. La malade fut ensuite constipée durant quatre jours. Au premier pansement (26 octobre), la réunion était obtenue par première intention. Il n'y avait pas eu de température. Le 5 novembre, la malade se levait et le 12 elle quittait l'hôpital munie d'une ceinture abdominale et avec un état général parfait. Il n'y avait aucune tendance à l'éventration ; il persistait seulement une légère douleur à la pression à droite et à gauche de la ligne médiane dans les points où l'intestin avait été fixé à la paroi.

Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter cette observation à un double point de vue, anatomo-pathologique et opératoire.

Dans le cas en présence duquel je me suis trouvé, les principales causes d'obstruction à la suite de la péritonite tuberculeuse guérie se trouvaient presque toutes réunies : symphyse des anses grêles, atrésie, coudure de l'intestin. J'ai cru, devant l'état des diverses parties du tube digestif, attribuer à cette dernière seulement l'obstacle au passage des matières chez ma malade. Le résultat de l'intervention semble justifier ce diagnostic.

L'occlusion par coudure de l'intestin est un accident signalé depuis longtemps. Louis, dans les *Archives de médecine* en 1827, Cossy, dans les *Mémoires de la Société médicale d'observation* en 1856, en donnent des exemples. M. Peyrot les signale dans sa thèse d'agrégation. Nicaise en rapporte un cas dans la *Revue de chirurgie* en 1881, à la suite de la réduction d'une anse herniée

maintenue coudée par des adhérences. En 1884, Hallé, au sujet d'une malade opérée par M. Bouilly en a fait une courte étude dans la *Revue de chirurgie.* Enfin. M. Lejars, dans la *Gazette des hôpitaux* de 1891 écrit une revue sur l'occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse et rapporte une observation où une bride servait d'agent de coudure à l'intestin.

Mais dans aucun de ces cas il ne fut fait d'intervention spéciale pour remédier aux accidents; la plupart d'ailleurs ne furent reconnus qu'à l'autopsie. L'état absolument désespéré de la malade opérée par M. Bouilly ne permit pas de prolonger suffisamment les investigations sur tout l'intestin et la vraie cause de l'obstruction ne fut connue qu'à l'autopsie faite par M. Hallé.

En 1883, W. Roser (de Marburg) (*Centralblatt f. Chirurgie*) dans un cas de volvulus de l'S iliaque fit la laparotomie; mais la torsion de l'intestin se reproduisit et il perdit son opéré; aussi conseille-t-il à l'avenir dans un cas analogue de suturer l'intestin détordu à la paroi abdominale.

C'est ce que fit Villar (de Bordeaux) en 1892; il pratiqua une colopexie transverse en faisant une suture intestino-pariétale. Son malade mourut six jours après l'intervention. En 1893, Roux, de Lausanne, fit également deux colopexies ou plutôt deux mésoiliopexies car il sutura à la paroi abdominale le mésocôlon de l'S iliaque dans deux cas de volvulus récidivés six ans après une première laparotomie simple où il s'était contenté de détordre l'intestin.

Après de minutieuses recherches je n'ai pu découvrir dans la bibliographie française ou étrangère aucun cas d'entéropexie pour obstruction de l'intestin grêle par coudure et aucun cas de guérison à la suite d'intervention analogue.

Telle est messieurs l'intéressante observation de M. Villemin que je vous propose d'insérer dans nos *Bulletins*

Discussion sur la fracture de la rotule.

M. Berger. — Je trouve que M. Lucas-Championnière n'a pas été juste pour le cerclage de la rotule ; je crois aussi qu'il ne se fait pas de ce procédé et de son mode d'application, ainsi que des indications pour lesquelles je l'ai proposé, une idée exacte.

La première fois que je l'ai employé, il s'agissait d'une petite fille atteinte d'une fracture rotulienne dont le fragment inférieur, déjà très petit, se brisa en deux fragments sous l'action du perforateur. Forcé de recourir à la suture proprement dite, je passai un

gros fil d'argent au ras de la rotule, sur toute sa circonférence, dans l'épaisseur des insertions du triceps, des ailerons ligamenteux, du ligament rotulien, au niveau duquel les deux chefs de cette anse furent serrés pendant qu'un aide maintenait les fragments au contact.

Satisfait du résultat obtenu dans ce cas, j'appliquai le même procédé quelques mois après à un homme qui avait une fracture itérative de la rotule ; ce n'était pas le cal fibreux qui s'était rompu, mais le fragment supérieur ; après avoir réséqué le fragment intermédiaire et le cal fibreux, je réunis le fragment supérieur, trop mince pour être perforé et traversé par des fils, au fragment inférieur par un cerclage bien fait.

Dans la communication que je fis à la Société à la suite de ces faits, je ne proposai pas le cerclage comme un moyen destiné à remplacer la suture rotulienne dans tous les cas, mais seulement à la suppléer lorsque la suture serait rendue impossible par quelque circonstance analogue à celles qui m'avaient déterminé à y renoncer dans mes deux observations.

Mais j'avoue que je ne vois pas les raisons qui font du cerclage une innovation malheureuse, un procédé incomplet et défectueux, quelque chose de contraire au progrès, ainsi que l'a dit notre collègue.

Le cerclage permet, comme la suture, le nettoyage complet de l'articulation ; l'ablation des caillots sanguins qui la remplissent, le relèvement du périoste déprimé entre les fragments, car il se fait en découvrant largement la face antérieure de la rotule par une incision identique à celle que l'on emploie pour la suture. Je conçois l'objection de M. Lucas-Championnière pour les sutures souscutanées analogues à celle que M. Heusner (de Barmen) a encore récemment préconisée au dernier Congrès des chirurgiens allemands : c'est un procédé que je rejette absolument, et j'ajoute le même prix que Lister, que M. Championnière, au nettoyage de l'article, à condition que celui-ci se fasse avec la précaution d'introduire le moins possible les doigts et même les instruments dans l'articulation, et qu'on s'abstienne absolument des injections dans l'articulation.

Mais quelle différence y a-t-il entre la suture et le cerclage ? Une seule, c'est que ce dernier simplifie le manuel opératoire et l'appareil instrumental et met, par conséquent, l'opération plus à la portée de tout le monde.

J'ajoute que les résultats sont aussi bons : sans parler des très beaux succès obtenus par M. Lejars, j'ai pu revoir, au bout de 3 et de 5 ans, les deux opérés dont je vous rappelais tout à l'heure l'histoire. Chez la petite fille, sujet de ma première opération, le

genou opéré ne se distingue du genou sain que par la trace de l'incision curviligne. Il n'y a ni atrophie du triceps, ni élargissement de la rotule, ni dépression dans l'intervalle des fragments, ni raideur ni épanchement dans le genou ; et pourtant son fil reste inclus dans les tissus fibreux périrotuliens. Le second malade a aussi un résultat parfait et il se sert de son membre sans gène et sans fatigue.

Je ne vois donc aucune raison pour ne pas employer le cerclage à la place de la suture ; celle-ci, d'ailleurs, n'a pas dit son dernier mot ; elle présente des dangers et des insuffisances.

N'avez-vous pas été tous frappés par les faits si intéressants communiqués par notre collègue M. Peyrot, où la suture n'a pas empêché une fracture itérative de se produire avec rupture du fil d'argent ? N'avons-nous pas vu, à la suite de sutures, des raideurs persistantes du genou, des fragments restés mobiles ; et même n'a-t-on pas récemment encore observé des suppurations, avec tous les dangers, tous les accidents qui en sont la conséquence ?

La suture de la rotule est une excellente ressource, mais, je le répète, elle a encore ses accidents, ses dangers et ses imperfections, et il est permis de chercher à la rendre plus simple et plus sûre. C'est, je crois, le but que remplit, dans une certaine mesure et pour certains cas tout au moins, le cerclage, auquel je suis heureux de voir que quelques-uns de mes collègues, et particulièrement M. Lejars, se sont rattachés.

M. Poirier. — Je tiens à confirmer ce qu'a dit M. Peyrot sur la friabilité extrême de certaines rotules. J'ai étudié un grand nombre de rotules et les ai trouvées fort différentes les unes des autres. La rotule d'un homme de 20 ans n'est pas celle d'un homme de 40 ans. A 40 ans la rotule peut avoir le double de son volume primitif elle s'est accrue par l'apposition de couches osseuses périphériques. En même temps on observe parfois des infiltrations calcaires du tendon rotulien et une raréfaction du tissu spongieux dont les aréoles sont beaucoup plus larges.

Je pense donc qu'à chaque variété anatomique convient un traitement différent que si la rotule est résistante que si elle présente des fragments dont le tissu est serré et solide, il faut tout simplement faire la suture. A l'inverse on fera le cerclage pour ces rotules élargies mais amincies et raréfiées au centre.

M. Championnière. — On a dit que la suture de la rotule n'était pas exempte d'accidents, mais il faut voir ce que sont ces accidents; ils n'appartiennent pas en réalité à l'opération de la suture elle-même. Pour mon compte j'ai perdu un opéré du chloroforme, un autre de mes malades a succombé quelques jours après l'opé-

ration que je lui avais faite mais nous avons trouvé à l'autopsie que le rein avait été écrasé en même temps que la rotule fracturée et c'est à son traumatisme du rein qu'il avait succombé; ces morts ne sont donc pas imputables à l'opération que je défends. Quant à la véritable complication possible de la suture rotulienne : la suppuration je ne l'ai jamais eue.

On a beaucoup discuté sur le cerclage de la rotule que l'on oppose à la grande méthode générale de la suture. C'est une erreur. Le cerclage est un procédé qui rentre dans la méthode. D'une façon générale on fera la suture ordinaire en passant des fils à travers les fragments, en les perforant. Mais si ces fragments sont trop nombreux on fera le cerclage; il n'y a donc pas à opposer l'un à l'autre deux procédés d'une même méthode qui ont l'un et l'autre leur indication.

Quant à la suture périostique je la combats parce que je crois la suture métallique infiniment supérieure en raison de la solidité que donne la présence des deux forts fils d'argent qui réunissent les fragments.

Communication.

De la mastopexie.

Par M. POUSSON.

Une femme jeune encore avait des mamelles hypertrophiées. Lorsqu'elle était assise ses mamelles tombaient et reposaient sur la face interne de ses cuisses. D'ailleurs il s'agissait là d'hypertrophie simple et les mamelles n'étaient le siège d'aucun néoplasme.

Cependant cette difformité n'était pas seulement gênante elle était douloureuse, soit que la malade laissât pendre ses seins, soit qu'elle les soutînt avec un corset, car la pression du corset devenait vite pénible.

J'opérai cette malade de la manière suivante :

A la partie supérieure et antérieure de la mamelle, je fis deux incisions en croissant et enlevai une tranche de la largeur de la main comprenant la peau et la graisse jusqu'à l'aponévrose du grand pectoral. Lorsque j'eus fait cette brèche, j'aperçus la demi-circonférence supérieure de la glande mammaire que je fixai par trois points de suture à la partie la plus élevée de l'aponévrose du grand pectoral; une fois la mamelle ainsi diminuée et relevée, je terminai par une suture intradermique des téguments.

La guérison se fit simplement : du côté gauche il y eut une très légère suppuration.

Au point de vue esthétique, le résultat est moyen, mais au point de vue utile il est bon, car la malade souffrait constamment, qu'elle portât ou ne portât pas de corset, et aujourd'hui elle ne souffre plus.

Discussion sur le cancer du rectum.

M. Richelot. — Je n'ai pas demandé la parole sur le fond de la question ; mais je désire attirer votre attention sur une communication que nous a fait dernièrement, par l'intermédiaire de M. le Secrétaire général, un de nos correspondants les plus sympathiques, M. le Dr Auguste Reverdin (de Genève).

M. Reverdin nous a envoyé une observation et un mémoire sur la question des cancers du rectum et sur leur extirpation.

Ceci, notez-le bien, n'est pas de sa part une réclamation de priorité. Mais j'estime que notre collègue de Genève a le droit d'être compté au nombre des auteurs qui ont perfectionné la méthode d'extirpation du rectum par la voie sacrée ; lui aussi a conçu l'idée d'enlever cette portion de l'intestin en totalité, après avoir établi un anus iliaque définitif ; il vient de vous apprendre que, sans connaître les travaux de Quénu, il avait eu la même pensée à peu près à la même époque. Vous connaissez trop son caractère et sa parfaite bonne foi scientifique pour ne pas lui accorder, dans cette question, la place qui lui revient légitimement.

La lecture de son travail a passé quelque peu inaperçue. Mais, si vous voulez bien la reprendre dans nos Bulletins, vous y verrez ceci : M. Reverdin a étudié cette question dans le courant de l'année 1896, et s'il a tardé à vous faire connaître le résultat de ses réflexions, c'est qu'il attendait l'occasion de les mettre en pratique et voulait appuyer sur une observation positive la thèse qu'il entendait soutenir. Voilà pourquoi il fut devancé par notre collègue Quénu, qui publia vers la fin de l'année dernière des recherches et des faits cliniques du même ordre ; mais je puis vous garantir qu'au mois d'août 1896, M. Reverdin avait entièrement mûri son projet d'extirper le rectum en totalité après l'établissement d'un anus iliaque définitif, et qu'il n'attendait plus que le fait clinique qui devait lui servir de démonstration, car, étant à Genève à cette époque, j'en causai avec lui et il m'exposa intégralement les détails de l'opération qu'il comptait faire et qui se retrouvent dans sa récente communication.

Il est bien entendu qu'en nous envoyant son travail, M. Reverdin n'a pas eu un instant l'idée de contester à Quénu sa priorité, fondée sur des recherches personnelles et sur des faits publiés. Pour s'en convaincre, il suffit de lire les passages où M. Reverdin fait allusion « aux opinions de MM. Gaudier, Chalot, Bœckel, et au rapport si intéressant de M. Quénu » ; la phrase où il dit en propres termes : « Rien ne ressemble donc moins à une revendication de priorité que les réflexions que j'ai l'honneur de vous soumettre. »

Mais, d'autre part, il n'est que juste de constater que, dans le courant de l'année 1896, parallèlement à d'autres chirurgiens et sans connaître leurs travaux, M. Auguste Reverdin a songé à perfectionner la méthode de Kraske, *a considéré*, dans nombre de cas, *le rectum cancéreux comme un organe indigne de remplir à l'avenir une fonction quelconque et à le supprimer d'autorité, en l'extirpant comme une tumeur maligne, aussi largement que possible*. Il a imaginé un procédé qui, pour avoir été mis à exécution cette année seulement, n'en était pas moins réglé dans tous ses détails lorsqu'il me l'exposa en août 1896. J'en conclus que, sans retirer à personne le mérite de ses recherches personnelles, nous devons associer le nom d'Auguste Reverdin à ceux des auteurs qui, en ce moment, s'ingénient à rendre plus efficace le traitement des cancers du rectum.

M. Quénu. — M. A. Reverdin (nous dit M. Richelot) se défend d'une revendication de priorité, mais il aurait eu, sans connaître mes travaux, la même pensée que moi, celle de supprimer le bout inférieur du rectum ; il n'attendait que l'occasion clinique de mettre son idée à exécution. Mais ces travaux dont parle M. Richelot sont publiés pour la plupart dans les Bulletins de la Société de chirurgie, société dont M. Reverdin est membre correspondant ; il aurait pu les connaître.

L'idée de supprimer le bout inférieur a été émise par moi pour la première fois en novembre 1895 (*Presse médicale*). Elle a été réalisée pour la première fois par M. Gaudier à la fin de novembre 1895 (voy. *Soc. de chir.*, 25 mars 1896, rapport de Quénu).

Le deuxième cas, de M. Chalot, date du 4 décembre 1895 (*Soc. de chir.*, séance du 15 avril 1896).

Ces deux cas se sont terminés par la mort.

Le troisième cas est de J. Bœckel, 7 août 1896 (*Soc. de chir.*, 28 octobre 1896) ; guérison opératoire).

Le quatrième cas est celui que j'ai présenté à la Société de chirurgie (4 novembre 1896) ; guérison opératoire).

Viennent ensuite, en 1897, l'observation de David Giordano (de

Venise) (analysée dans *Annal of gynecol.*, mars 1897, n° 6) et celle de M. Reverdin.

Je n'ai fait à M. Reverdin qu'un reproche, c'est, dans son observation, de ne m'avoir cité qu'à propos d'un détail, omettant mes communications de novembre 1895, novembre 1896, et n'apportant pas un historique complet de la question, qui pourtant n'est pas encore très encombrée de noms et de faits.

M. Richelot. — J'ai dit expressément que M. Reverdin n'élevait aucune revendication de priorité, et j'ai ajouté que son nom méritait d'être associé aux noms d'autres chirurgiens. Si mon ami Quénu refuse d'associer Reverdin, je lui demanderai pourquoi il s'associe lui-même au nom du Dr Gaudier, qui est le premier en date.

M. Poirier. — Je ne partage pas la confiance qu'a M. Quénu dans les résultats de ses extirpations du rectum. Il est absolument impossible de faire là ce que l'on tente pour le sein, c'est-à-dire d'enlever lymphatiques et ganglions correspondants à la région malade. Forcément, des portions du champ lymphatique intéressé échapperont, et la récidive ne saurait tarder.

M. Quénu. — M. Poirier vient de faire le procès de l'intervention dans les cancers du rectum, et cependant les résultats sont ici ceux de l'intervention dans tous les cancers. Ils sont souvent mauvais, mais j'ai des faits de guérison datant de 6, 7 ou 8 ans. M. Poirier estime que l'intervention donne mieux dans le cancer de la mamelle ; mais il y a des récidives bien plus proches, et quant à enlever tout le champ lymphatique du sein, c'est impossible, il y a les ganglions rétro-sternaux qui restent toujours.

M. Poirier. — Je n'admets point du tout ce que nous dit M. Quénu, et je continue à regarder l'intervention pour le cancer du sein comme beaucoup meilleure que pour le cancer du rectum. Si parfois les lymphatiques rétro-sternaux sont pris dans le cancer du sein, c'est là une chose exceptionnelle, et généralement on pourra agir sur la totalité du champ lymphatique infecté.

M. Quénu nous dit qu'il a le premier vu et décrit les lymphatiques du rectum. Moi j'ai étudié ces lymphatiques dans Mascagni, où je les ai vu représentés, et n'ai point trouvé que la description de M. Quénu apportât des modifications à ce que nous montrait Mascagni.

M. Quénu. — Mascagni, ainsi que je l'ai fait remarquer dans mon travail sur les lymphathiques du rectum, donne une observation fort obscure des lymphatiques du rectum : « Quœdam lymphatica comitantur etiam sanguinea hœmorrhoidalia, ac ex podice, ex pingue-

dum circumfusa atque a musculis ipsius podicis et partium generationis intervientium ad glandulos inferiores pelvis progrediuntur. » Quel est le trajet de ces lymphatiques? quels vaisseaux hémorrhoïdaux accompagnent-ils? les inférieurs ou les moyens? Mascagni n'en dit mot.

Dans le texte explicatif de l'atlas, il est vrai (Pl. XII, p. 89), Mascagni indique bien des lymphatiques qui, partant de la vessie et du rectum, vont se jeter dans les glandes qui reposent sur le muscle pyramidal et dans celles qui siègent à la bifurcation des iliaques. Mais qu'on veuille bien regarder sa figure, ces troncs émergent *de derrière* le rectum, on ne les voit en aucun point sortir des parois rectales, et il faut s'en rapporter à l'affirmation de l'anatomiste. Pour qu'un dessin concernant les lymphatiques d'un organe ait la valeur d'un document, il faut qu'on voie les lymphatiques sortir de cet organe et gagner les ganglions. Je prétends donc que si Mascagni a connu et indiqué les lymphatiques hémorrhoïdaux moyens, il ne les a pas décrits. Tous les anatomistes, d'ailleurs, après Sappey, Cruveilher, Henlé, etc., les ont passés sous silence ou niés jusqu'à la publication de mon mémoire.

Présentations de malades.

M. Quénu. — Je présente un malade opéré en décembre 1896 pour un cancer du rectum haut situé avec ganglions remplissant l'excavation sacrée. J'ai retourné le bout supérieur par invagination. Le malade a repris son travail. Il porte sur son anus iliaque définitif un appareil que j'ai fait faire sur le modèle exact d'un appareil de S. Saxtorph (de Copenhague). M. Saxtorph m'a envoyé cet appareil que je vous présente, ainsi que le malade.

M. Tillaux présente, au nom de MM. Riche et Souligoux, un homme atteint de pseudarthrose de l'humérus traité par la suture osseuse.

Ce malade, maçon, fit le 4 janvier 1896 un faux pas en voulant passer à côté d'un omnibus à trois chevaux. Il tomba et une des roues du lourd véhicule passa sur son bras droit. Il en résulta une fracture ouverte.

On le transporta à l'hôpital de la Charité, salle Velpeau, service de M. le professeur Tillaux. Je le vis à son arrivée, à onze heures du matin, après la visite.

Il saignait peu, souffrait à peine, et était dans un état de shock assez prononcé.

La peau était largement déchirée sur la paroi antérieure de l'aisselle et jusque dans le creux axillaire. La déchirure, nette, semblait avoir été produite par arrachement; le grand pectoral était intact.

Le bras droit pendait, presque complètement détaché à la jonction de ses tiers supérieur et moyen. Il y avait une vaste plaie sur la face antérieure du membre ; en outre, plusieurs orifices à bords minces et contus, avaient été produits par les fragments eux-mêmes, surtout par le fragment supérieur qui se dressait en avant, agité de mouvements spasmodiques.

J'explorai la radiale et fus très surpris, vu l'état du membre, de constater qu'elle battait. Un rapide examen me permit de conclure que les nerfs étaient à peu près tous intacts.

Je me décidai immédiatement pour la conservation et fis porter le blessé à la salle d'opération.

Quand il fut anesthésié, je réunis en une seule incision les différentes solutions de continuité de la peau au niveau du foyer de fracture. Je le désinfectai soigneusement et pus l'explorer plus à mon aise. Les fragments osseux étaient très irréguliers, sans qu'il y eût pourtant d'esquilles. Ils flottaient dans un manchon cutané très incomplet, tous les muscles étant rompus et rétractés. Le paquet vasculo-nerveux paraissait n'avoir pas souffert.

Je fis la suture osseuse immédiate, mais avec un fil insuffisant et réunis le tout après avoir fait une contre-ouverture postérieure par laquelle je passai un petit drain.

Quant à la plaie axillaire, j'en fis la réunion complète, après quoi j'immobilisai le membre tant bien que mal.

Le blessé resta apyrétique, se mit à manger de bon appétit dès le lendemain et se leva le troisième jour.

Au bout de huit jours, je défis le premier pansement et pus voir que tout avait bonne mine. La peau, dont bien des points avaient été fortement contus, avait partout repris sa vitalité.

J'enlevai le petit drain postérieur et appliquai un appareil d'Hennequin.

Quand je sortis le membre de l'appareil, il n'y avait aucune trace de consolidation, et cela au bout de cinq semaines. Le bras était amaigri et les deux fragments faisaient un angle saillant en avant. Un nouvel appareil plâtré ne modifia pas le résultat.

A la fin de mai 1896, M. le professeur Tillaux voulut bien m'autoriser à rouvrir le foyer de fracture, ce que je fis sous ses yeux, aidé par M. le docteur Rieffel, chef de clinique.

Il y avait des productions osseuses périphériques irrégulières, mais entre les fragments se trouvait une masse de tissu fibreux, très dense ; les fragments eux-mêmes étaient amincis à leurs extrémités.

Leur dégagement fut assez pénible, je réséquai un bout de chacun et fis une nouvelle suture osseuse. Comme la tendance au déplacement était à peu près nulle, j'appliquai une simple gouttière plâtrée.

Les suites opératoires furent des plus simples, mais au bout de six semaines, la mobilité était encore complète et le membre s'atrophiait de plus en plus.

Le 31 octobre 1896 j'opérai le malade pour la troisième fois, mais en me décidant pour l'enchevillement central.

J'incisai cette fois en dehors de l'ancienne cicatrice, aidé par M. le Dr Souligoux, chef de clinique. Je trouvai encore des productions osseuses aberrantes, puis entre les fragments un bloc de tissu fibreux. j'enlevai ce tissu, dégageai à la rugine les fragments toujours atrophiés et les avivai. Quand je les eus traversés au perforateur et que j'y eus placé une anse de fil d'argent fort, j'introduisis dans chacun d'eux parallèlement à l'axe une cheville d'ivoire aseptique. J'arrivai à coapter le tout et serrai ma ligature métallique. Pendant ce temps, M. le Dr Souligoux déposait autour de la solution de continuité osseuse des fragments de périoste fémoral pris extemporanement sur un jeune chien.

Les sutures de la peau placées, le membre semblait tenir parfaitement rectiligne et je me bornai à appliquer l'appareil à claire-voie de M. le professeur Le Dentu.

La plaie évolua aussi simplement que les deux premières fois. Au bout de quelques semaines on percevait encore une légère mobilité, mais le membre avait manifestement augmenté de volume, ce qui nous sembla d'excellent augure.

Bientôt on se borna à faire porter au malade le bras en écharpe, on massa le foyer de fracture et surtout les articulations voisines que l'immobilisation prolongée avait notablement ankylosées.

Les mouvements actifs ne tardèrent pas à devenir possibles. Quoique le membre fût abandonné sans appareil, on le sentait de jour en jour se consolider davantage.

Je restai longtemps sceptique quant au résultat définitif, craignant voir reparaître la mobilité après la résorption des chevilles, mais la radiographie faite par M. Serbanesco, chargé de ce service à la clinique médicale de la Charité, montre qu'il ne reste plus trace de ces chevilles et pourtant la solidité du membre ne fait qu'augmenter tous les jours.

Cette observation me semble intéressante à un double point de vue. Elle montre tout d'abord à quel degré extrême on peut aujourd'hui pousser la conservation dans les cas de fractures ouvertes. Elle fait voir ensuite qu'un premier échec dans la cure opératoire d'une pseudarthrose ne doit pas décourager le chirurgien. Autant l'insuccès avait été complet après la première tentative, autant le résultat est parfait après la seconde.

Discussion.

M. Quénu. — Dans le traitement des pseudarthroses, je suis partisan de l'enchevillement. Dans un cas analogue, j'ai eu un

succès en faisant pénétrer une cheville d'ivoire dans le canal médullaire des deux fragments.

M. Poirier. — La radiographie ne donne guère de renseignement dans les cas semblables à celui que vient de nous présenter M. Tillaux, car le cal reste translucide, et la photographie ne permet pas de voir la façon dont s'est faite la réparation osseuse.

M. Ricard. — Dans le traitement des pseudarthroses, le procédé opératoire employé a une grande importance, mais il n'est pas tout. Chez un malade atteint de pseudarthrose de l'humérus, je fis l'enchevillement, la suture osseuse et j'échouai. M. Monod répéta cette opération et échoua aussi. — Tout récemment, à Bicêtre, chez une malade qui avait une pseudarthrose de l'humérus avec enclavement du radial, je désenclavai le nerf et fis la suture osseuse. Or, la consolidation ne se fit pas. Quel que soit le procédé employé, il y a des conditions générales qui empêchent la consolidation.

M. Lucas Championnière. — Je suis de l'avis de M. Ricard ; il ne faut pas attacher trop d'importance au procédé employé, il faut le bien faire. Lorsqu'il est bien fait, il réussira à moins d'obstacles apportés par l'état général.

M. Reynier présente un homme opéré de suture de la rotule par M. Championnière il y a six ans : le résultat est parfait.

M. Guinard présente un malade opéré de laparotomie et de suture de l'intestin à la suite d'une rupture produite par un coup de pied de cheval.

Présentations d'instruments.

M. Lucas Championnière présente un nouvel appareil à morceler les amygdales.

Cet instrument, de taille moyenne, sert à enlever tout ou partie de l'amygdale comme avec un emporte-pièce.

Il offre l'avantage d'agir en un seul temps, de pouvoir se démonter facilement pour le nettoyage et la stérilisation.

Pour s'en servir, on saisit l'instrument en mettant l'index et le

médius dans les deux anneaux et la partie convexe dans le creux de la main, en ayant soin de tourner la partie tranchante du côté où on veut enlever une portion de l'amygdale.

Il faut avoir soin de placer les deux mords entre les deux piliers du voile du palais afin de ne pas les entamer.

Une fois l'amygdale bien placée entre les deux parties coupantes, on donne un coup sec en appuyant sur l'extrémité qui se trouve placée dans le creux de la main; de cette façon, l'amygdale se trouve sectionnée comme avec un emporte-pièce.

Le ressort ne sert qu'à maintenir l'écartement des deux branches pour mettre en place l'instrument dans le fond de la gorge.

Je n'ai pas la prétention de vouloir, par ce procédé, supprimer les autres moyens qui servent à couper ou à atrophier les amygdales; mais il m'a paru que, dans certains cas, il pouvait rendre des services; c'est pourquoi je l'ai fait construire.

Je pense aussi qu'on aura moins de crainte d'hémorrhagie, attendu que cet instrument agit par morcellement en écrasant les vaisseaux.

M. Villemin présente un appareil destiné à conserver les sondes stérilisées.

Présentations de pièces.

M. Tuffier présente une épiplocèle inguinale, au centre de laquelle se trouve une aiguille.

M. Picqué présente les pièces d'une gastro-entéro-anastomose établie par le procédé de Souligoux. Les bords en sont absolument souples et l'orifice a conservé l'étendue qu'on lui avait donnée.

La séance est levée à 4 heures.

Le Secrétaire annuel,

Nélaton.

Séance du 7 juillet 1897.

Présidence de M. DELENS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de M. HARTMANN, qui, malade, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance;

3° Une lettre de M. FELIZET, qui demande une prolongation de congé;

4° Une invitation du maire de Brèches, qui prie les membres de la Société de se rendre à l'inauguration du monument élevé à Velpeau;

5° Un travail de M. DUBOURG (de Bordeaux), membre correspondant, sur la *Gastro-entérostomie par le procédé du tube ;*

6° M. SEGOND dépose sur le bureau de la Société deux mémoires de M. Lemonnier :

L'un renferme l'*observation de deux calculs de l'urèthre;* l'autre a trait à *trois cas d'hystérectomie abdominale totale faite pour gros fibromes.*

A propos du procès-verbal.

M. A. MARCHAND. — D'un façon générale, je ne nie pas la propagation et la récidive possibles d'un cancer du rectum dans les ganglions de la région. Mais il y a des faits cliniques devant lesquels il faut s'incliner, je n'ai jamais vu de cancer du rectum récidiver sous forme de tumeur ganglionnaire. Ils récidivent dans le foie ou sur place au niveau de la cicatrice consécutive à l'opération.

M. QUÉNU. — Je suis de l'avis de M. Marchand lorsqu'il nous dit

que le cancer du rectum récidive habituellement au niveau de la cicatrice. Je crois aussi, comme lui, que le cancer du rectum est parmi les cancers viscéraux, un des moins malins. Mais je ne saurais souscrire aux idées de M. Marchand, lorsqu'il nous dit que les ganglions restent habituellement indemnes. L'envahissement des ganglions par le néoplasme est la règle lorsqu'on observe bien, et Hildebrand nous dit que plusieurs chirurgiens, opérant par la voie abdominale, reconnurent l'existence de ganglions envahis, alors que l'examen clinique ne leur avait rien révélé.

L'adénopathie cancéreuse est souvent assez accentuée pour qu'on puisse savoir par le palper manuel du bassin où se trouvent situés ces ganglions envahis. C'est ainsi que Giordano, de Venise, en présence d'une adénopathie cancéreuse, a extirpé les ganglions qu'il avait reconnus en avant et dans la bifurcation des vaisseaux iliaques. Son malade a guéri.

Je pense donc que l'adénopathie cancéreuse est la règle dans le cancer du rectum ; elle est justiciable d'un traitement chirurgical si elle n'est pas trop étendue.

M. Poirier — J'admire l'habileté de M. Quénu qui peut reconnaître par le palper la situation de tous les ganglions néoplasiques. En regardant l'atlas de Mascagni, on voit que les ganglions où aboutissent les vaisseaux afférents du rectum, sont échelonnés jusqu'au niveau de la bifurcation de l'iliaque primitive, que d'autres sont profondément cachés dans le mésorectum, et M. Quénu peut sentir tout cela par le palper abdominal.

M. Quénu. — M. Poirier n'a pas lieu d'admirer mon habileté, car je n'ai jamais dit que l'on pouvait sentir les ganglions à travers la paroi abdominale, mais j'ai dit que la main introduite dans le bassin, par une incision iliaque, pouvait explorer les régions ganglionnaires et reconnaître facilement les indurations des ganglions. Je m'étonnerais si M. Poirier, répétant cette manœuvre, n'arrivait pas au même résultat que moi.

Discussion sur l'hystérectomie abdominale.

M. P. Reclus. M. Richelot, dans une de nos précédentes séances, vous a exposé sa nouvelle technique d'hystérectomie abdominale totale, et, avec son esprit et sa bonne humeur habituelle, il a lui-même porté la main sur son premier procédé qu'en un moment d'enthousiasme il avait qualifié de « définitif ». Sa formule actuelle me paraît vraiment simple, mais comme je n'y ai pas encore eu

recours, ce n'est ni pour la critiquer, ni pour la défendre que je prends la parole. Je veux tout uniment dire que le problème de l'hystérectomie abdominale totale, posé depuis quelques années devant les gynécologistes, a reçu plusieurs solutions « élégantes », comme disent les mathématiciens. Pour ma part, depuis un an, j'ai accepté celle qu'a proposée Doyen; j'ai, par son procédé, pratiqué dix hystérectomies abdominales totales, et je viens vous exposer le résultat de mon expérience.

Cette expérience me paraît absolument favorable à la méthode que vous connaissez tous, sans doute, et sur laquelle je n'ai pas besoin d'insister. Après incision suffisante de la paroi abdominale, on aborde le fibrome débarrassé au besoin de ses adhérences. On le saisit avec de fortes pinces, ou même avec un énorme tire-bouchon à large poignée et dont on enfonce la pointe dans la masse de la tumeur que l'on tire, autant que possible, hors du bassin et qu'on couche sur le pubis. Il est bien entendu que toutes ces manœuvres sont facilitées par la position de Trendelenburg. La face postérieure du fibrome et la cavité pelvienne sont alors très accessibles à l'œil et à la main. A ce moment, un aide fait pénétrer une grande pince courbe dans le vagin; il pousse et le bec de cette pince pénètre dans le cul-de-sac vaginal postérieur qu'il soulève. L'opérateur le voit et touche ce bec saillant sous le vagin, et c'est sur lui, qu'avec des ciseaux ou un bistouri, il pratique une boutonnière sur le cul-de-sac. Cette boutonnière est élargie par les doigts du chirurgien ou par l'écartement des branches de la pince. Par cette brèche on aperçoit le col utérin; on le saisit avec une pince ordinaire, ou mieux, avec une pince spéciale, très commode; on l'attire et, avec des ciseaux cours et solides, on en circoncit les insertions vaginales bien au ras de l'utérus, surtout en avant pour éviter la vessie. Lorsque cette désinsertion est complète, on passe un doigt en avant, entre l'utérus et la vessie qui se décolle avec la plus grande facilité, et l'on troue le péritoine à hauteur voulue, à quelques centimètres au-dessus de la vessie. La matrice fibromateuse ne tient plus alors que par les ligaments larges; d'un coup de ciseaux on sectionne d'abord celui de droite, puis celui de gauche, et l'on a la tumeur dans la main.

Doit-on, avant de pratiquer cette section des ligaments larges, faire ou ne pas faire d'hémostase provisoire; faut-il ou ne faut-il pas mettre des pinces sur les ligaments larges, de façon à oblitérer les vaisseaux avant de les ouvrir? Le promoteur du procédé élève la prohibition des pinces à la hauteur d'un dogme; les adversaires, au contraire, y voient une erreur capitale. Ce point me paraît plutôt négligeable et je considère comme peine perdue l'encre et les paroles répandues sur ce sujet. J'ai été initié au procédé de

Doyen par mon ami Ch. Nélaton; avec lui, dans les premiers cas, nous avons pratiqué l'hémostase provisoire. Or, il nous arrivait d'ordinaire de bien saisir les artères ovariennes, qui donnent peu de sang, et de ne pas étreindre l'utérine qui en donne beaucoup plus. A présent comme Doyen, je ne mets pas de pinces. Lorsque, pendant la désinsertion vaginale j'ouvre l'utérine, je vois le jet de sang, et comme je manœuvre à l'aise dans le petit bassin, je mets une pince et tout est dit. Mais je ne parle, bien entendu, que des cas de notre pratique ordinaire. Hier, à l'Académie, le professeur Pinard nous parlait fort éloquemment d'hystérectomie totale dans des cas d'utérus gravide : ici, les vaisseaux sont énormes; en quelques secondes, une violente hémorrhagie, très préjudiciable à une malade affaiblie, peut se faire. Que, dans ces cas, l'hémostase préventive soit nécessaire, ou même indispensable, je le crois volontiers, mais n'ayant pas d'opinion personnelle, je m'en réfère absolument sur ce point à ceux de mes collègues qui ont pratiqué l'hystérectomie sur des utérus à la fois gravides et fibromateux.

Lorsque l'utérus est détaché et l'hémostase faite, je considère l'opération comme terminée. Il n'en est pas de même pour la plupart des auteurs; Doyen, dans son procédé, aussi bien que Richelot dans le sien, rapprochent les lèvres écartées du péritoine, suturent les ligaments larges et ferment le vagin. Ils accordent même une certaine importance à ce temps de l'opération, et il me semble avoir lu que Martin, de Berlin, prétend avoir beaucoup amélioré ses statistiques depuis qu'il clôt ainsi la cavité abdominale. Pour ma part, en faisant les ligatures artérielles, je réunis les feuillets péritonéaux, et c'est même une façon excellente d'avoir une hémostase plus soignée, mais je laisse le vagin ouvert, et son orifice béant assure, par le passage d'une lanière de gaz iodo formée, le drainage du petit bassin. C'est pour moi une sécurité de plus. Je sais bien que les auteurs qui préconisent la fermeture du vagin, insistent sur la possibilité des hémorrhagies par la tranche postérieure de la désinsertion vaginale. La suture oblitère les vaisseaux de cette tranche, c'est vrai, mais j'ai soin de saisir cette lèvre postérieure avec une pince et, si je la vois saigner, j'en suis quitte pour mettre un catgut sur le ou sur les vaisseaux ouverts. Si j'indique ainsi ma pratique, ce n'est point pour être imité, car je sais les résultats excellents qu'on a obtenus avec la fermeture.

Mais les auteurs me paraissent vraiment trop insister sur ce point. Doyen, en particulier, considère cette fermeture comme un temps essentiel de son procédé. En vérité, c'est exagéré. Est-ce que Doyen, est-ce que Richelot ne considèrent pas l'hystérectomie vaginale comme « l'intervention heureuse, sans suites pénibles et sans mortalité » ? Mais, je vous le demande : dans cette interven-

tion heureuse, ferme-t-on le péritoine ? oblitère-t-on le vagin? Non, et cependant l'opération est sans suites pénibles et sans mortalité. Or, après l'hystérectomie abdominale totale, le péritoine et le vagin, si comme moi on ne les oblitère pas, se trouvent juste dans le même état où ils sont après l'hystérectomie vaginale. Et je crois pouvoir en conclure que cette fermeture n'est pas nécessaire, que souvent elle est au moins inutile et que, dans les cas où des délabrements considérables, une intervention trop longtemps prolongée, la présence de quelque salpingite concomitante ont pu prédisposer à l'infection du petit bassin, il est préférable de conserver le vagin ouvert et d'en profiter pour drainer le foyer opératoire.

Comme M. Richelot, j'emploie le catgut pour mes ligatures et non les fils de soie; au début, j'avais, à l'exemple de Doyen, mis des fils de soie que je faisais ressortir par le vagin. Mais ces fils persistent indéfiniment et s'infectent. J'ai dans les Charentes, une femme opérée depuis quinze mois et qui porte encore un fil autour duquel, m'écrit son médecin, se fait une suppuration insignifiante, mais intarissable.

Grâce à ce procédé, j'ai pratiqué dix hystérectomies abdominales totales que je divise en deux catégories : dans la première qui ne comprend que deux cas, il y avait un fibrome utérin, mais les lésions les plus importantes étaient certainement les salpingites concomitantes. La première de ces deux opérations fut d'une exécution particulièrement difficile. Il y avait, outre un gros utérus farci de fibromes, deux énormes masses salpingiennes avec adhérences à l'épiploon, aux intestins, à l'utérus et aux parois du petit bassin. Malgré de grands délabrements et une intervention d'une durée très longue, les suites furent excellentes et je croyais la guérison de la malade assurée, lorsque, au vingt-cinquième jour, la veille de son départ de l'hôpital, elle tomba morte dans la cour de la Pitié, sans doute à la suite d'une embolie. Je ne dirai rien de le seconde malade dont, cependant, la salpingite du côté gauche était si volumineuse que le diagnostic de kyste dermoïde avait été porté; l'ablation des annexes et de l'utérus se fit, au demeurant, sans encombre, et la guérison totale et définitive fut rapide. Je dirai, à propos de cette classe, que le procédé de Richelot pour l'extirpation des annexes suppurées me paraît d'une précision bien factice. Sa technique est vraiment trop théorique ; on fait alors comme on peut et je crois que tout plan trop précisé à l'avance sera presque fatalement violé. J'ajouterai que les adhérences avec l'épiploon et les intestins étant des plus importantes, il me semble plus rationnel de commencer par elles ; on peut alors plus facilement, après la libération des intestins et de l'épiploon, refouler les viscères et les isoler du foyer opératoire.

J'en arrive à l'hystérectomie pour fibromes seuls. Elle a été pratiquée 8 fois dans mon service depuis un an, 1 fois par mon assistant, M. Faure, et 7 fois par moi. Et malgré le volume souvent considérable du fibrome, malgré les difficultés opératoires parfois très grandes, le procédé de M. Doyen m'a donné 8 succès sur 8 interventions. J'ai donc tout lieu de m'en déclarer satisfait. Dans un cas, une ligature mal faite me fit ouvrir l'anse sigmoïde et je dus en faire une suture latérale. Dans un autre cas, vers le sixième jour, je m'aperçus que l'urine sortait par mon drainage vaginal. l'uretère avait été blessé, mais peu à peu l'écoulement devint moins abondant, puis il se tarit tout à fait et l'opérée ne tarda pas à sortir guérie. Voilà les seuls accidents et les seuls incidents que j'ai eu à relever dans mes 8 cas qui m'ont donné 8 guérisons.

Je conclus : l'hystérectomie abdominale totale me paraît une excellente opération et dont la mortalité n'est pas actuellement plus grande que n'était celle de l'ovariotomie il y a quinze ans. Plusieurs procédés fort simples nous permettent de pratiquer cette intervention; il en est deux ou trois qui se valent, et je puis témoigner que celui du chirurgien de Reims doit être rangé parmi les meilleurs.

M. P. Reynier. — M. Richelot, dans une très intéressante communication, nous a préconisé [1] une nouvelle technique pour l'hystérectomie abdominale totale. Cette technique, dans ses premiers temps, rappelle, comme M. Richelot le reconnaît lui-même avec beaucoup de bonne foi, celle qu'ont adoptée à la suite de Polk quelques chirurgiens américains et que j'ai moi-même expérimentée. Les reproches que nous faisons au procédé américain, nous pouvons donc en partie les faire au nouveau procédé de M. Richelot.

Utile à connaître dans quelques cas, cette technique pourra, je le reconnais, nous rendre service. Mais ce que nous connaissons de la multiplicité et de la diversité des lésions fibromateuses ne nous permet pas de croire qu'elle puisse devenir un procédé de choix, pas plus que ne pouvait le devenir le procédé définitif, fort ingénieux, que M. Richelot nous a fait connaître en 1895 et qu'il est lui-même déjà obligé de modifier.

Certes, lorsque l'utérus est de moyen volume, comme le représentaient les belles planches que M. Richelot a fait dérouler devant nous, tous les procédés sont faciles et donnent de bons résultats. Il n'en est plus de même dans les fibromes volumineux qui se sont développés aux dépens du segment inférieur de l'utérus et qui remplissent l'excavation pelvienne. La recherche profonde des artères utérines et leur dénudation devient dans ces cas particulièrement difficile.

Si, comme M. Richelot, je ne tiens pas beaucoup aux statistiques, je tiens cependant beaucoup aux observations complètes, par lesquelles j'aurais pu me rendre compte de la forme, des dimensions des fibromes que M. Richelot a dû traiter et des difficultés qu'il a rencontrées.

Lorque la tumeur est très volumineuse, M. Richelot nous dit bien, que dans son nouveau procédé, il agit comme dans le procédé définitif: il commence par diminuer la tumeur en enlevant les fibromes énucléables. Mais cette énucléation, nécessaire pour le procédé définitif, m'avait déjà déplu. Elle allonge l'opération, expose aux pertes de sang.

Or, cette considération a de l'importance à l'heure actuelle où, sûrs de notre antisepsie, nous craignons surtout, dans l'extirpation des fibromes, le choc opératoire, que nous réduirons au minimum en diminuant la longueur des manœuvres et le temps de l'anesthésie.

Sous l'empire de cette préoccupation, nous donnons la préférence aux procédés qui permettent d'agir rapidement surtout lorsque le fibrome est volumineux et qui peuvent s'adapter à la plus grande majorité des cas. Le procédé de M. Richelot ne me paraît pas répondre tout à fait à ces desiderata.

J'ajouterai encore que dans ce procédé, le décollement de la vessie se fait de haut en bas. Or, il est admis généralement, comme l'a fait déjà remarquer M. Bouilly, que ce décollement se fait plus facilement de bas en haut, comme nous le faisons dans l'hystérectomie vaginale.

Ce sont toutes ces raisons qui, dans ces derniers temps, m'ont fait donner la préférence au procédé d'hystérectomie abdominale totale que nous a fait connaître M. Doyen et dont M. Reclus vient déjà de vous entretenir.

Toutefois, comme M. Reclus, je ne le pratique pas entièrement comme le fait l'auteur. Je prends certaines précautions qui peuvent le rendre moins brillant, mais plus sûr, sans cependant allonger l'opération.

Après avoir extrait la tumeur hors de la cavité péritonéale avec le tire-bouchon ou les pinces érignes spéciales que j'ai fait faire, je place de chaque côté, sur les ligaments larges, deux pinces qui compriment les artères utéro-ovariennes et entre lesquelles je coupe le ligament large. Cette précaution prise, je procède comme l'a indiqué Doyen à l'extirpation de l'utérus. Un aide avec une pince dans le vagin fait saillir le cul-de-sac postérieur, qu'on incise aux ciseaux. Le col est saisi avec une pince érigne courbe et attiré en arrière dans la cavité abdominale par la brèche du cul-de-sac postérieur. Le cul-de-sac antérieur se présente; il est facile de l'inciser

ou exciser et alors, s'opère surtout par traction, et un peu avec le doigt recourbé en crochet sur la face antérieure de l'utérus, le décollement de l'utérus avec la vessie, décollement qui se fait avec une rapidité telle que l'opération est déjà finie et la tumeur extraite quand on croit encore la commencer. Il faut avoir fait cette opération pour se rendre compte de cette rapidité.

Pendant que le décollement se fait, les ciseaux sectionnent l'extrémité inférieure des ligaments larges au ras des bords de l'utérus. A ce moment les artères utérines donnent un jet de sang; l'aide, qui suit vos mouvements et qui a une pince en main, très facilement pince cette artère pendant que le décollement se continue.

La tumeur enlevée, on doit remplacer les pinces par les ligatures. Jusqu'à présent j'avais mis des fils de soie, dont je laissais les bouts assez longs pour les attirer dans le vagin en invaginant par en bas les deux sections du ligament large. Mais ces fils sont très longs à se détacher ; j'en ai vu tenir plus de deux mois. Aussi, je crois, comme M. Richelot, qu'il est préférablé de remplacer les fils de soie par les catguts.

Doyen finit son opération en fermant le péritoine, par dessus les ligatures, avec un surget au catgut. Je ne vois pas l'utilité de cette fermeture complète. Je rétrécis l'ouverture vaginale par quelques points au catgut ; mais, systématiquement, je laisse au centre une mèche de gaze iodoformée qui draine et me paraît donner une sécurité de plus. Celle-ci ne pénètre pas dans la cavité péritonéale ; elle affleure seulement l'ouverture que laisse le rapprochement incomplet des ligaments larges. Toutefois, elle est suffisante pour laisser filtrer le sang ou la sérosité qui se produit après toute intervention abdominale.

Comparez le peu de manœuvres que nécessite ce procédé et la rapidité de ces manœuvres avec celles que demande le procédé de M. Richelot ; il me paraît difficile, à la suite de cette comparaison, de ne pas donner pour les gros fibromes la préférence au procédé de Doyen.

J'arrive maintenant à la seconde partie de la communication de notre collègue, après avoir parlé de sa technique pour les fibromes, il nous a vanté son procédé d'hystérectomie abdominale, pour les lésions des annexes.

Hystérectomiste convaincu, notre collègue est porté toujours à considérer l'hystérectomie comme le traitement de choix des annexites. L'unilatéralité de la lésion serait, pour lui, la contre-indication qui sauverait l'utérus de sa condamnation.

Toutefois, je pense que M. Richelot reconnaîtra avec moi que ce n'est pas seulement l'unilatéralité des lésions qui empêche de

faire la castration utérine. Il faut encore que l'utérus soit malade, il faut qu'on se trouve en présence de lésions graves, de suppurations des annexes avec périannexites pour lesquelles la voie vaginale paraît offrir moins de danger. Dans les hydrosalpinx, les ovarites kystiques, les salpingites hémorrhagiques, dont le diagnostic peut, ainsi que je l'ai écrit, se faire à l'heure actuelle facilement, la laparotomie reste toujours l'opération de choix, mais la laparotomie sans ablation de l'utérus.

Il est, en effet, loin d'être démontré que l'organe utérin soit un organe inutile, gênant, après l'ablation des annexes. Il est loin d'être démontré qu'une femme, privée de son utérus et de ses annexes, soit dans de meilleures conditions que si elle a conservé son utérus ; celui-ci peut encore être le siège, dans quelques cas, d'hémorrhagies menstruelles qui sont, chez les jeunes femmes, un grand soulagement aux malaises que provoque une ménopause trop précoce.

C'est donc dans les lésions suppurées que l'opération de M. Richelot nous paraît discutable ; car nous ne pensons pas qu'il l'applique à d'autres cas. C'est dans les lésions où, dans ces derniers temps, nous nous décidions à regret à l'hystérectomie vaginale, considérant cette opération moins dangereuse pour la malade. Mais nous la faisions avec regret ; car, avec le temps, il nous avait bien fallu reconnaître que l'ablation de l'utérus seul, si on ne peut enlever les annexes malades, ne guérit pas ; or, *dans les suppurations, cette ablation est le plus souvent impossible.*

L'annexe restée en place devient le siège de nouvelles douleurs, les malades sont obligées de subir une seconde opération ; et on doit, par la laparotomie, compléter ce que, par la voie vaginale, on n'a pu faire.

De ces faits, qui peuvent encore être contestés, je viens d'avoir une observation probante, que je demande incidemment la permission de rapporter ici.

Il s'agissait d'une femme qui depuis de longues années avait des poussées de pelvipéritonite provoquées par des lésions annexielles. A plusieurs reprises elle avait perdu du pus par le rectum. L'utérus était immobilisé entre deux masses volumineuses inflammatoires.

Je fis d'abord une hystérectomie. L'ablation de l'utérus fut très difficile et se fit par morcellement. Du pus s'écoula pendant cette ablation. Mais après il me fut impossible, l'utérus enlevé, de reconnaître et par suite d'enlever les annexes malades. Je dus fatalement les laisser. La malade guérit de cette première intervention, son état général se remit. Elle continua toujours à souffrir. Huit mois après son opération elle revenait me demander d'intervenir à nouveau. Dans le cul-de-sac droit

elle présentait une masse grosse, comme une orange, dure, très adhérente.

Je lui fis la laparotomie. Très péniblement alors je pus enlever deux gros ovaires polykystiques, très adhérents de partout et contenant encore des cavités remplies de pus.

Cette extirpation fut laborieuse et montra d'une façon indiscutable, à tous les assistants la supériorité de la voie abdominale sur la voie vaginale pour enlever de pareilles lésions. La malade à l'heure actuelle est complètement guérie.

Convaincu comme je suis de cette supériorité de la laparotomie pour traiter les annexites, je me suis laissé souvent entraîner à la pratiquer, même dans des lésions suppurées. Il faut que le danger me paraisse bien grand, comme dans le cas dont je vous parlais plus haut et où existait une perforation rectale, pour que je me décide à la voie vaginale.

Aussi me suis-je souvent trouvé aux prises avec des lésions particulièrement adhérentes, infectées, qui m'obligeaient de terminer l'opération en pratiquant un drainage. Ayant depuis longtemps renoncé au drainage à la Mikulicz, qui me paraît insuffisant contre l'infection, je fais dans ces cas surtout le drainage vaginal et même vagino-abdominal.

Pour le bon établissement de ce drainage la présence de l'utérus gêne; son ablation permet, ainsi qu'on peut s'en convaincre par l'hystérectomie vaginale, de drainer plus largement et plus sûrement.

C'est ainsi que j'ai été amené, pour mettre les malades dans de meilleures conditions, à faire suivre la laparotomie pour l'ablation des annexes, d'une hystérectomie vaginale pratiquée dans la même séance. Cette hystérectomie complémentaire se fait les annexes enlevées et l'utérus étant par suite très mobilisable, très facilement avec une grande rapidité.

Je dois à cette pratique mes plus beaux succès. Dès 1894, au Congrès de Rome, je l'ai préconisée en présentant les observations de deux malades où, pendant l'opération, constatant une perforation rectale, j'avais de propos délibéré, pour établir un drainage suffisant, fait cette hystérectomie complémentaire. Mes deux malades avaient guéri. Depuis, j'ai pratiqué cette ablation de l'utérus, non seulement dans les cas de lésion intestinale, mais encore toutes les fois que j'ai des raisons sérieuses de craindre une contamination du péritoine.

Comme M. Richelot, je suis donc partisan, dans certains cas de lésions annexielles, de joindre à l'extirpation des annexes, celle de l'utérus.

En quoi nous différons, c'est que cette extirpation je la fais con-

traint et forcé et non systématiquement, comme il paraît disposé à la pratiquer. Je finis par où commence M. Richelot. Enfin, tandis que c'est par la voie abdominale qu'il fait cette hystérectomie, je la fais par la voie vaginale qui me donne une grande facilité.

En sera-t-il de même pour M. Richelot lorsqu'il se trouvera en présence de ces lésions annexielles graves que j'ai seules en vue et pour lesquelles sa communication seulement m'intéresse? Les planches qu'il nous a présentées ne me convainquent pas. Elles montrent des trompes peu malades, puisqu'elles ont conservé cette horizontalité qu'on ne trouve pas dans les lésions graves, où elles sont contournées, s'enroulant sous le ligament large, s'enfonçant dans le cul-de-sac de Douglas.

Dans ces cas, M. Richelot n'aura-t-il pas de la peine, au milieu des tissus saignants dans un ligament large friable, à chercher et à dénuder l'artère utérine, soulevée par une collection purulente?

L'utérus étant soulevé, pourra-t-il décoller ces annexes adhérentes plus facilement de bas en haut que de haut en bas? Aura-t-il la facilité de les ponctionner préalablement et de se préserver ainsi d'une rupture de pus dans la cavité péritonéale, d'autant plus à craindre que la position renversée paraît être indispensable pour mener à bien l'opération de M. Richelot?

Toutes ces manœuvres, si utiles pour la sécurité de l'opération abdominale, me paraissent devoir être plus faciles quand on aborde, comme nous en avons l'habitude, les annexes en arrière du ligament quand on les a sous les yeux, et non sous les doigts, comme cela me paraît peut-être à tort devoir être dans le procédé de M. Richelot.

Evidemment, la pratique seule nous renseignera définitivement sur la valeur de l'opération très intéressante que notre collègue nous a fait connaître et il m'excusera de lui avoir soumis ces quelques réflexions.

Communication.

Sarcome mélanique primitif des ganglions cervicaux; extirpation; guérison durable.

Par M. PAUL BERGER.

Le fait que je communique à la Société mérite, à un double point de vue, de retenir son attention.

Le développement initial de la tumeur dans les ganglions cervicaux, l'absence de récidive constatée plus de quinze mois après l'extirpation de la tumeur sont des caractères peu communs dans l'histoire des mélanoses et sur lesquels je me propose de revenir

en quelques mots, après vous avoir donné connaissance de l'observation du malade et de l'examen anatomique de la tumeur en question.

Observations. — M. B... porte depuis un an et demi environ une tumeur au côté droit de la région sus-hyoïdienne, tumeur qui a beaucoup augmenté depuis quelques mois ; M. de T... rapporte cette augmentation rapide au choc de la crosse de son fusil, car il est grand chasseur.

Homme de 50 ans, maigre, bien portant d'ailleurs, sans antécédents pathologiques.

La région sus-hyoïdienne à droite est distendue par une tumeur ovoïde, mobile sur les parties profondes, indépendante de la peau, manifestement sous-aponévrotique ; cette tumeur est régulière, non lobulée, un peu résistante, mais de consistance solide, plutôt. Elle s'étend des bords inférieurs de la mâchoire à la partie latérale du larynx, elle est grosse comme un œuf de dinde.

En arrière d'elle, sous le sterno-mastoïdien, se trouve une autre tumeur solide, aussi mobile mais plus profonde, indépendante de la première, quoiqu'elle lui soit contigue, manifestement ganglionnaire.

On ne trouve nulle part d'autre engorgement. L'examen de l'état général donne un résultat tout à fait négatif.

La poitrine est normale, le foie ne déborde pas les fausses-côtes, la rate n'est pas perceptible à la pression.

Au cœur, un peu d'éclat des bruits aortiques ; le malade dit avoir eu de l'arythmie cardiaque, on n'en trouve pas trace, mais l'éclat des bruits aortiques et la dureté des artères indiquent de l'artério-sclérose généralisée.

Sang normal, sauf un très léger excès de leucocytes ; ces leucocytes sont d'ailleurs de forme et de dimension normales et il n'y a pas de leucocytémie.

Les urines ne renferment pas d'éléments anormaux, mais la quantité de l'urée est un peu diminuée (19 grammes pour les 24 heures).

Les présomptions sont en faveur d'une tuberculisation ganglionnaire chronique ; l'âge du malade, la marche de l'affection, l'état général font écarter l'idée d'un lympho-sarcome. L'examen le plus minutieux, soit avant l'opération, soit répété depuis lors, n'a pu faire reconnaître à la peau, aux muqueuses, dans les cavités bucco-pharyngées, en aucun autre point, une lésion capable d'expliquer le développement d'une affection ganglionnaire secondaire.

L'opération est pratiquée le 17 mars 1896 rue Bizet. Une incision curviligne horizontale sur l'extrémité externe de laquelle tombe une autre incision longeant le bord du sterno-mastoïdien conduisent, après avoir traversé la peau et l'aponévrose, sur une énorme tumeur de coloration noire parfaitement isolable des tissus voisins dont il est facile de faire le tour et qu'on peut enlever sans léser aucun vaisseau important. Immédiatement en arrière, on trouve le ganglion qui est situé sous le sterno-mastoïdien, et qu'on enlève avec la même facilité en

réclinant ce dernier ; un troisième ganglion, moins volumineux, noir comme une truffe, est également enlevé, ainsi que trois ou quatre noyaux, gros comme des grains de chénevis ou de millet qui tranchent, par leur coloration noire, sur les parties sous-jacentes. Une inspection des plus minutieuses de la région ne montre plus trace de tissu mélanique bien que l'on ait sous les yeux la dissection de toutes les parties profondes, muscles, nerfs, gaines des vaisseaux.

Un des ganglions ayant crevé au cours de l'extirpation et ayant versé un peu de bouillie mélanique noirâtre sur la plaie,celle-ci est abstergée avec le plus grand soin ; puis on fait une suture complète des incisions en ménageant un orifice pour le drainage.

Aucune suite, aucune réaction ; le drain est enlevé au bout de quarante-huit heures, les sutures, le huitième jour. Réunion complète par première intention. Le malade retourne chez lui complètement guéri le dixième jour.

Je l'ai revu six mois après sans trace de récidive ni de nouvel engorgement ganglionnaire. L'état général ne laisse rien à désirer.

Actuellement, plus de quinze mois après l'opération, la guérison se maintient.

J'ai, à plusieurs reprises, fait l'examen le plus approfondi et le plus scrupuleux du tégument externe et des muqueuses : nulle part, soit à la face, soit sur le reste du corps, je n'ai trouvé de tache pigmentée ou vasculaire qui puisse être considérée comme le point de départ de l'envahissement mélanique des ganglions. Jusqu'à preuve du contraire, la tumeur ganglionnaire doit donc être considérée comme la lésion primitive.

Examen anatomique de la tumeur par M. le Dr Fernand Bezançon, chef du laboratoire de la Faculté. — La tumeur a environ le volume d'un œuf de dinde. Sa surface est inégale, de grosses bosselures soulèvent la capsule, qui, très épaisse dans les sillons séparant les bosselures, est très mince au niveau de celles-ci. Sous la capsule, surtout au niveau des bosselures, on aperçoit la couleur noire de la tumeur.

Une coupe de la tumeur montre que cette coloration noire est inégalement répartie, d'où un aspect très caractéristique, rappelant certains marbres, où alternent des veines noires foncées, d'autres sépia, d'autres blanches. La capsule est privée de pigment ; c'est sous la capsule, par contre, que le pigment est à son maximum, il détermine la formation d'une mince bande noire doublant la capsule; cette mince bande s'épaissit sur certains points et pénètre sous forme d'un gros coin, dans l'intérieur de la masse. Cette masse, de couleur moins noire que la périphérie, a une teinte sépia, plus ou moins foncée selon les points. Cette teinte n'est pas uniforme, elle est pailletée de petites taches blanches qui représentent, soit la section de brides conjonctives, venues de la capsule, soit des restes du ganglion lymphatique.

Examen histologique. — L'examen à l'état frais du suc de la tumeur, montre de grosses cellules arrondies, à gros noyaux central, renfermant un ou plusieurs nucléoles. La plupart des cellules contiennent dans

leur intérieur des granulations de pigment noir ; ces granulations entourent le noyau le plus souvent ; dans quelques cas elles occupent toute la cellule ; souvent les blocs de pigment sont très volumineux, beaucoup plus que les cellules.

L'examen des coupes, après fixation et coloration, montre que le ganglion est presque complètement envahi par des cellules néoformées, beaucoup plus volumineuses que les cellules lymphatiques ganglionnaires. Ces cellules sont tassées les unes à côté des autres, sans qu'il y ait jamais formation d'alvéoles ; dans la masse des cellules circulent un très grand nombre de capillaires qui sont limités par les cellules néoformées elles-mêmes et comme creusés en plein dans la masse néoplasique.

Les cellules néoplasiques sont surtout caractérisées par leur noyau vésiculeux, limité par une mince membrane, dans l'intérieur de laquelle on ne trouve qu'une petite quantité de chromatine fixant les réactifs nucléaires. A l'intérieur du noyau est un gros nucléole, quelques fois il y a 2 et 3 nucléoles. Autour de la cellule, est un protoplasma peu abondant. Ces cellules ont tous les caractères des cellules sarcomateuses, variété globo-cellulaire.

Le tissu sarcomateux est criblé d'un nombre considérable de gouttelettes noirâtres qui, selon les points, sont disséminées, séparées les unes des autres, ou bien, au contraire, tassées de façon à former de véritables bandes. C'est surtout à la périphérie de la tumeur que l'infiltration est à son degré le plus intense ; à ce niveau, toute étude histologique est impossible, le tissu étant complètement masqué par des bandes noirâtres volumineuses, vers le centre, au contraire, les colorations de pigment noir sont moins cohérentes et l'on peut étudier la formation du pigment qui se présente tantôt sous l'aspect de grains peu volumineux manifestement contenu dans l'intérieur des cellules tantôt sous l'aspect de gros blocs plus volumineux que les cellules et dont il est impossible de préciser exactement les rapports avec les cellules de voisinage.

De place en place dans le tissu sarcomateux on retrouve des traces du ganglion lymphatique aux dépens duquel la tumeur s'est développée. Ce sont de petits amas cellulaires, formés de petites cellules arrondies à gros noyau, fixant fortement les matières colorantes. Ces amas semblent se continuer sans transition avec les cellules sarcomateuses, et l'on peut voir côte à côte une cellule lymphatique normale et une cellule sarcomateuse.

En résumé : Sarcome, variété globo-cellulaire avec infiltration mélanique.

I. — Les faits bien observés nous font envisager comme tout à fait exceptionnel le développement primitif des tumeurs malignes dans les ganglions lymphatiques. Si l'on fait abstraction des lymphadénomes, lympho-sarcomes, lymphomes malins, termes par lesquels on désigne des tumeurs sur lesquelles nous sommes loin encore d'être fixés, mais qui ne présentent aucun trait distinctif et que nous devons considérer, jusqu'à nouvel ordre, comme appar-

tenant à une nouvelle espèce; l'on peut dire que les néoplasies malignes des ganglions sont toujours secondaires et qu'elles ne sont que des métastases, des degrés intermédiaires à la généralisation et à la lésion primitive dont un examen attentif permet toujours de reconnaître l'existence. La mélanose ferait-elle exception à cette règle? Doit-on admettre qu'un sarcome mélanique puisse se développer primitivement dans le système lymphatique?

Notre observation semble le prouver ; un examen répété ne nous a permis de constater aucune tache pigmentaire, aucun noevus, aucun point suspect sur la peau ou sur les muqueuses, qui puisse être considéré comme le point de départ de la formation mélanique et de l'envahissement secondaire des ganglions cervicaux. Néanmoins, les sarcomes mélaniques primitifs des ganglions sont si rares qu'on ne saurait mettre trop de réserve à se prononcer sur leur existence. La grande statistique de Dietrich[1] qui porte sur 145 cas de tumeurs mélaniques, comprend 14 cas où le siège initial de l'affection paraissait localisé dans le système ganglionnaire (régions cervicale, parotidienne, axillaire, inguinale); mais, dans huit de ces observations il existait un noevus pigmentaire, une tache tout au moins suspecte de la peau dans la région afférente aux groupes ganglionnaires envahis, et ce que nous savons du rôle de ces lésions cutanées dans le développement originel de la mélanose, nous autorise à les considérer comme le point de départ de l'évolution néoplasique. Des six autres observations (32, Settegart; 35, Liebe; 44, Küster; 47, Schüller; 48, Kolaczek; 122, Billroth), aucune n'est assez détaillée pour qu'on puisse, même après les avoir consultées dans les documents originaux, les considérer comme des exemples probants de mélanose glanglionnaire primitive.

Boulan[2], l'année suivante, a réuni un nombre de cas plus considérable encore; sur les 191 observations que renferme son travail, une seule vient s'ajouter aux cas de mélano-sarcomes primitifs des ganglions rassemblés dans le mémoire de M. Dietrich. Le fait (cas 137) dû à Fischer n'est pas plus convaincant que les autres. Ebermann[1], réunissant les cas observés à la clinique de Göttinge, depuis 1889, à ceux qui y avaient été antérieurement recueillis et dont le résumé avait été publié dans la thèse de Zimmer-

[1] Philipp Dietrich, Ein Beitrag zur Statistik melanotischen geschwülste (*Archiv f. klin. Chirurgie*, 1887, t. XXXV, p. 289).

[2] Boulay, Du pronostic des tumeurs mélaniques (*Arch. gén. de medecine*, 1888, 7e série, t. XXII, p. 157).

[1] A. A. Ebermann, Beitrag zur Casnistik der melanotischen geschwülste (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, 1896, t. XLIII, p. 498).

mann[1], a, sur un ensemble de 30 faits, relevé 2 cas seulement de sarcome mélanique des ganglions; or, dans l'un de ces cas (obs. 6), il existait une tache bleuâtre à la commissure buccale correspondant aux ganglions cervicaux malades; cette tache fut enlevée en même temps que la tumeur ganglionnaire, mais l'observation ne renferme aucun détail sur l'examen histologique de cette lésion. Dans l'autre (obs. 13), il s'agissait d'un sarcome ganglionnaire mélanique du cou chez une femme qui portait un noevus pigmentaire de la cuisse, mais la mort qui survint peu de temps après l'opération, par le fait d'une généralisation rapide du mal, montra que celle-ci s'était déjà effectuée au moment de l'intervention et que la tumeur du cou n'en était qu'une manifestation secondaire.

Quelques exemples de mélanose primitive des ganglions ont été observés dans les groupes ganglionnaires profonds, rétropéritonéaux; un fait intéressant, mais un peu obscur de carcinomatose généralisée ayant pour point de départ présumé un cancer mélanique des ganglions iliaques avait été publié par Engelmann[2] (de Bamberg). La mélanose, dans ce cas, affectait la forme relativement moins fréquente de carcinome mélanique, bien différente des sarcomes mélaniques dont l'origine ganglionnaire nous occupe; la relation de l'examen anatomique de la pièce est aussi trop incomplète pour que l'on puisse affirmer que c'était réellement dans les ganglions iliaques que s'était produite la néoplasie. Deux observations moins contestables de sarcomes primitifs de ganglions mésentériques ont été rapportés par M. Petibon[3], dans sa thèse inaugurale.

Somme toute, les faits de développement primitif de la sarcomatose mélanique dans les ganglions lymphatiques sont très rares, et ceux même qui paraissent le mieux établis ne permettent pas d'affirmer qu'une tache pigmentaire insignifiante, point de départ réel de la mélanose, n'ait pas passé inaperçue. A cet égard, les examens réitérés auxquels notre malade a été soumis, offrent des garanties plus sérieuses et c'est bien comme un sarcome primitif des ganglions cervicaux que, jusqu'à preuve du contraire, doit être enregistrée cette observation.

II. — Le pronostic des mélano-sarcomes est grave entre toutes

[1] Zimmermann, Beiträge zur klinischen Stellung des Pigmentgeschwülste (*Inaug. Diss.* Göttingen, 1889).

[2] Engemann, Ein Fall von melanotischem retroperitonealem Drüsencacinom (*Münchener med. Wochenschrift*, 18 juin 1889, p. 425).

[3] Petibon, Étude sur les tumeurs mélaniques du mésentère (*Thèse de Paris*, 1892, n° 114).

les tumeurs malignes : la récidive est presque fatale à la suite de l'opération, et elle est en général prévue. Cette notion déjà considérée comme classique, a été confirmée par les statistiques de Dietrich, de Boulay et d'Ebermann.

Sur un chiffre de 16 malades opérés à la clinique de Göttingue depuis 1889, Ebermann a pu relever les résultats que voici :

Vivants en bonne santé	2
— avec des métastases ganglionnaires	1
Morts d'épuisement sénil au bout de 3 mois 1/2	1
— avec une récidive locale	3
— avec des métastases viscérales	3
— sans autre indication	4
— après une opération incomplète	1
Résultat inconnu	1

Total : 16 cas, 3 survies, l'une constatée un an et sept mois ; l'autre, trois mois et demi seulement après l'opération ; dans le troisième cas, l'insuccès de l'intervention annoncée par une récidive ganglionnaire — un résultat inconnu — 12 morts ; tel est le bilan des opérations pratiquées à la clinique de Göttingue ; il ne diffère pas sensiblement des résultats fournis par la statistique plus étendue, mais moins homogène, dont les éléments ont été rassemblés par M. Boulay.

Celui-ci a pu réunir 152 cas avec opération, 39 sans opération. Les premiers 115 seulement ont été suivis, dont 72 se sont terminés par la mort rapide, soit par le fait de l'opération, soit par récidive ou généralisation ; 24 sont signalés comme vivant encore, mais avec une récidive ; enfin, dans 19 cas, la guérison s'était maintenue et persistait.

Depuis moins de 1 an dans	4 cas.
De 1 à 2 ans dans	4 —
De 2 à 4 ans dans	4 —
De 4 à 12 ans dans	6 —

la durée de la guérison n'était pas indiquée dans une observation.

On voit que la proportion des succès durables obtenus par l'intervention n'est guère que le dixième du nombre des cas soumis à l'opération ; mais il est juste d'ajouter que lors même que l'opération ne donne pas la guérison, elle paraît reculer dans de certaines

limites la terminaison fatale ; c'est ce qui ressort encore des chiffres réunis par M. Boulay.

Temps écoulé entre l'apparition de la tumeur et la mort.

Opérés :		Non opérés :	
De 2 à 6 mois.....	3 cas.	De 2 à 6 mois.....	3 cas.
De 6 à 12 mois....	3 —	De 6 à 12 mois....	6 —
De 1 à 2 ans......	13 —	De 1 à 2 ans......	6 —
De 2 à 3 ans......	8 —	De 3 ans 1/2......	1 —
De 3 à 4 ans......	5 —	Total.......	16 —
De 4 à 5 ans......	2 —		
De 12 ans	1 —		
De 20 ans	1 —		
Total.......	36 —		

La durée moyenne de l'affection serait de deux ans et demi chez les gens soumis à l'opération ; de quatorze à quinze mois seulement chez ceux qui n'ont pas été opérés.

L'observation, malheureusement, ne s'est exercée ici que sur un nombre de cas trop restreint pour qu'on puisse donner une portée générale ; il semble néanmoins que la majorité des malades ait bénéficié de l'opération.

Quoi qu'il en soit, celui dont je viens de communiquer l'observation appartient à la catégorie de ceux dont la guérison peut être considérée comme durable, sinon comme définitivement certaine : on sait, en effet, que la récidive des sarcomes mélaniques est, en général prévue ; ici encore, la statistique de M. Boulay nous donne des indications précieuses. Dans 32 cas seulement, il a pu recueillir des données positives sur la date de la récidive :

Temps écoulé entre l'opération et la récidive.

Moins de 2 mois..................	11 cas.
De 2 à 6 mois....................	12 —
De 6 à 12 mois...................	6 —
De 12 à 15 mois..................	3 —
Total.........	32 —

D'après ces chiffres, la guérison, lorsqu'elle s'est maintenue plus de quinze mois après l'opération, pourrait être considérée comme certaine. J'espère qu'il en sera ainsi pour mon opéré, et ce qui m'encourage à le croire, c'est le résultat d'une autre opération que j'ai pratiquée dans un cas de mélanose, et qui s'est terminée par une guérison définitive.

Un fonctionnaire très en vue vint me prier de lui enlever une petite tumeur qui, depuis quelques mois s'était développée sur la face dorsale du nez et qui depuis lors avait fait des progrès assez rapides : elle avait alors les dimensions d'un gros pois, elle était assez saillante, et elle présentait une coloration d'un noir absolu, caractéristique. Il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire.

Deux incisions elliptiques me permirent de l'enlever largement avec la peau environnante ; la réunion par première intention fut obtenue et le nez, quoique modifié dans sa forme et devenu un peu camard, ne présente pas de défiguration réelle.

Il y a de cela cinq ans et l'opéré est resté indemne de toute récidive. La tumeur était un angio-sarcome mélanique.

Ces observations prouvent que les tumeurs mélaniques, quelle que soit la gravité de leur pronostic et malgré les chances de récidive qu'elle présentera, doivent toujours être enlevées, à condition que l'opération soit faite largement et qu'elle puisse dépasser dans tous les sens les limites du mal.

Discussion.

M. A. Marchand. — Je ne pense pas que les cancers mélaniques soient aussi rares que le dit M. Berger.

J'ai opéré en 1875 un jeune homme de 20 ans qui avait un sarcome mélanique primitif des ganglions de l'aine, — et il y a un an une femme de 60 ans qui présentait une tumeur de l'aisselle grosse comme les deux poings. Je n'ai revu ni l'un ni l'autre de ces deux malades et je pense qu'ils sont guéris.

Présentation de malades.

M. Ricard présente une malade qu'il a opérée il y a vingt-trois jours d'une fracture de la rotule par le procédé du cerclage.

Il insiste sur la facilité de l'opération, sa rapidité et sur le résultat obtenu. La malade peut aujourd'hui marcher aisément, elle a monté les escaliers de la Société.

Présentation d'instruments.

M. Reclus présente une canule rectale permettant de faire des injections de 50 et 55 degrés dans le rectum. On sait, en effet, que

l'orifice anal une fois franchi, la sensation de chaleur n'est pas ressentie par la muqueuse rectale.

Présentations de pièces.

M. Demoulin présente une portion d'intestin gangréné. Il avait été serré par le collet d'un sac herniaire depuis longtemps rentré dans l'abdomen.

Renvoyé à une commission. (Gérard Marchant, rapporteur.)

M. A. Marchand. — Le corps étranger que je présente à votre Société a été extrait par moi, le 11 mars dernier, de l'abdomen d'une malade, dans lequel il séjournait depuis une année moins quelques jours.

Il s'agit, comme vous le voyez, d'une double bougie de Hégar, nos 11 et 12 soudées par leur bout, et faites de métal ressemblant à du cuivre jaune qui aurait été recouvert d'une mince couche de nickel.

Cet instrument mesure 23 centimètres de longueur, le diamètre est d'environ 1 centimètre 25 millimètres pour la moitié n° 12 ; de 75 millimètres pour la partie n° 11.

Voici les principaux détails de cette observation tels que les a recueillis mon interne, M. Zeimet :

Il s'agit d'une malade B. L., âgée de 21 ans qui avait eu déjà trois accouchements; un premier en janvier 1894, un deuxième en février 1895 le troisième en février 1896. A la suite de ce dernier accouchement, elle fut prise de métrorrhagies abondantes. Son médecin, appela en consultation un confrère spécialiste qui pratiqua le curettage le 29 mars 1896.

La malade dut garder le lit pendant trois mois à la suite de cette opération. Pendant ce temps, le ventre de la malade s'était tuméfié, était devenu très sensible ; il y eut de temps à autre des poussées fébriles qui auraient atteint 40°, le tout accompagné de fortes coliques et de diarrhée.

Elle se leva seulement au commencement du mois de juin. Un jour, en se penchant en avant, elle ressentit une douleur vive dans le flanc gauche et constata elle-même l'existence d'une grosseur dans cette région. Elle fut revoir le spécialiste qui l'avait curettée. Celui-ci lui fit appliquer une bande de toile autour de l'abdomen, dont l'effet fut de relever la grosseur et de permettre à la malade de marcher, en même temps qu'il la prévenait qu'elle portait un kyste pierreux, absolument

inopérable. Malgré le bandage, les douleurs abdominales reviennent accompagnées ou suivies de vomissements et de selles diarrhéïques.

De guerre lasse, elle se décida à entrer dans mon service le 3 mars dernier.

On sentait manifestement, lorsque la malade était debout, une saillie qui soulevait la paroi abdominale au niveau de la région du flanc gauche un peu au-dessus d'une ligne fictive prolongeant l'ombilic de ce côté. Cette saillie, pendant une évolution, avait éprouvé quelques changements dans son siège, puisque la malade l'avait sentie d'abord dans la région postérieure du flanc et qu'actuellement elle pointait en avant, à quelque distance du bord latéral du muscle droit. Dans le décubitus dorsal la tumeur rétrocédait au point de disparaître. On ne la retrouvait plus que par un palper assez profond. Elle était du reste parfaitement mobile latéralement. L'exploration abdominale montrait qu'à cette saillie mobile, facile à déplacer, succédait une tige rigide se dirigeant en bas et un peu à droite.

Le toucher vaginal permettait de reconnaître très profondément dans le cul-de-sac postéro-latéral droit l'extrémité inférieure de la tige. Quand on déprimait son extrémité abdominale, l'exploration digitale était douloureuse et montrait que la région péri-cervicale était empâtée, bien que non suffisamment pour immobiliser l'utérus.

Les circonstances dans lesquelles s'était développée l'affection ainsi que ses caractères objectifs, ne laissaient guère de prise au doute. Je pensai qu'il s'agissait d'une curette dont le manche se serait détaché pendant des manœuvres un peu brutales et que l'instrument était à peu près libre dans la cavité du péritoine.

L'opération ne devait pas justifier complètement ces prévisions. Après ouverture de l'abdomen par une incision de 10 centimètres environ, je constatai que le corps étranger n'était que peu mobile et complètement recouvert par une membrane noire et vasculaire qui ne pouvait être autre que le péritoine ou l'une de ses dépendances.

J'incisai sur le corps étranger lui-même et je pus extraire sans difficulté l'instrument que je vous présente et que j'ai décrit précédemment. Pour m'assurer du siège direct qu'il occupait, j'attirai une certaine portion de l'intestin grêle au dehors. Je pus me convaincre que la membrane que j'avais incisée n'était autre que l'un des feuillets du mésentère et que c'était dans l'épaisseur de ce repli péritonéal que le corps étranger était parvenu peu à peu et avait séjourné jusqu'à son extraction.

Ce dernier avait donc dû perforer la paroi postérieure de l'utérus, ainsi que le feuillet pariétal postérieur du péritoine, aux environs de l'angle sacro-vertébral. Il avait ultérieurement progressé entre les deux feuillets mésentériques pour venir enfin se mettre presque en contact du bord adhérent d'une anse d'intestin grêle.

Les suites de l'opération furent simples. On constata une légère élévation de température pendant les premiers jours, laquelle cessa à la suite de l'évacuation par une selle d'une certaine quantité de pus.

J'ai pu revoir la malade, il y a quelques semaines et m'assurer de

sa complète guérison ; l'empâtement des culs-de-sac a en grande partie disparu, le ventre est souple partout et complètement indolent.

M. Michaux présente un fibrome de la paroi abdominale. Ce fibrome a commencé à se développer immédiatement après un traumatisme (coup de brancard) il y a dix-huit mois. D'abord peu volumineux, il s'accrut beaucoup pendant une grossesse. Son point d'implantation était sur l'aponévrose du grand droit de l'abdomen — le péritoine ne lui adhérait nulle part. — Il pèse quatre kilogrammes.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
Nélaton.

Séance du 21 juillet 1897.

Présidence de M. Delens.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Bazy, qui s'excuse de ne pas assister à la séance ;

3° Une lettre de M. Arlaud, membre correspondant, qui envoie sa démission ;

4° Un mémoire de M. Dubourg (de Bordeaux).

A propos de la correspondance.

Deux nouvelles observations de gastro-entérostomie par le procédé du tube.

M. Dubourg. — La pièce que je vous présente, préparée par les soins de mon excellent élève le Dr Renaud, prosecteur de la Fa-

culté de Bordeaux, provient d'un malade que j'ai opéré dans mon service le 26 décembre dernier, pour un cancer du pylore, par mon procédé de gastroentérostomie avec tube de caoutchouc, sur lequel j'ai déjà eu l'occasion de vous faire une communication dans la séance du 28 octobre 1896. Cet homme sorti de mon service dans de bonnes conditions y est revenu mourir deux mois après d'une généralisation cancéreuse ayant envahi le rectum et ayant amené des phénomènes d'obstruction intestinale auxquels il a succombé.

La portion intestinale la plus longue correspond au bout périphérique; la plus courte, au bout duodénal.

Plusieurs points importants me paraissent se dégager de l'étude de cette pièce, concernant la circulation des matières au niveau de la nouvelle anastomose, et les inconvénients nombreux qui ont été signalés à ce sujet.

Et d'abord, je dois vous dire que toutes mes gastroentérostomies ont été faites sur la *face antérieure*, que je ne me préoccupe jamais de faire subir un mouvement de *torsion* à l'anse accolée, enfin, que je passe toujours *au-dessus du côlon*, refoulé en bas, et que je vais à la recherche de l'anse jéjunale à travers une large déchirure que je fais avec les doigts dans la portion la plus mince de l'épiploon d'abord, et à travers le mésocôlon ensuite. L'anse est alors attirée, laissée suffisamment longue pour éviter toute traction sur le mésentère, et portée en regard de la face antérieure de l'estomac, à travers la brèche ainsi créée.

Donc, pas de danger de compression du côlon transverse par l'anse fixée, comme quand on passe au-dessous de celui-ci, et inversement; il n'y a aucune chance que le côlon distendu vienne aplatir l'anse intestinale et gêner la libre circulation des matières.

Autre point important et qui résulte de l'examen de cette pièce : il n'y a aucune dilatation du bout duodénal, ce qui prouve bien que des matières ont pu y pénétrer, *mais non s'y accumuler*, circonstance qui a pu quelquefois amener de la compression de l'anse périphérique, produire des vomissements, peut-être une véritable *obstruction*, comme cela a déjà été signalé.

Enfin, pas d'éperon au niveau de l'anastomose, ce qui paraît être surtout le fait d'un abouchement dans un point trop rapproché du duodénum, avec tiraillement sur le mésentère qui finit par constituer une véritable bride.

On voit également, au niveau de l'orifice anastomotique, deux fils de soie appendus et qui sont, ou bien les résidus non encore éliminés de la suture à la soie qui me sert toujours à faire la suture muco-muqueuse, ou peut-être les deux anses du fil ayant maintenu le tube en place et qui, par erreur, ont pu être faits à la soie, au lieu de catgut que j'emploie habituellement.

Quant à l'orifice anastomotique lui-même, il m'a paru, sur la pièce fraîche, parfait de tout point : souple, bien arrondi, de la grandeur d'une pièce de un franc et admettant presque le pouce, très solide et n'ayant aucune tendance à la rétractilité. Le tube qui m'a servi est le n° 5 de la série, raccourci de quelques millimètres et semblable à celui que je joins à la pièce anatomique. Comme dans les autres observations je n'ai pu le retrouver ni dans les selles du malade, ni à l'autopsie.

Voici, du reste brièvement décrite, l'histoire de ce malade, qui a déjà paru dans la thèse de mon interne, le D[r] Tocheport (Thèse de Bordeaux, 1897, obs. III).

Obs. I. — *Gastroentérostomie par le procédé du tube.*
Mort deux mois après par généralisation cancéreuse du côté du rectum.

S..., 41 ans, entré à l'hôpital le 23 septembre 1896. Rien du côté des antécédents héréditaires. Bonne santé jusqu'en avril. A ce moment, douleurs vives au creux épigastrique, perte d'appétit, vomissements d'eaux claires. Régime lacté. Les douleurs diminuent, mais les vomissements augmentent de fréquence et deviennent alimentaires. Deux fois hématémiser.

A son entrée, amaigrissement considérable. Teinte légèrement cachectique. Estomac très dilaté, clapotement au-dessous de l'ombilic. A la région pylorique, tumeur mobile et transversale, ganglions sus-claviculaires. Pas d'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique. Diagnostic : cancer du pylore.

Le 26 décembre, *gastroentérostomie antérieure* avec le tube en caoutchouc n° 5; l'anse est amenée en passant au-dessus du côlon, à travers l'épiploon et le mésocôlon transverse, et fixée suivant le procédé déjà décrit.

Aucun accident post-opératoire, pas de vomissement. Lait glacé dès le soir de l'opération, glace sur le ventre pendant les trois premiers jours.

Le malade reprend rapidement ses forces. Il sort de l'hôpital le 27 janvier, son poids avait augmenté de trois kilogrammes.

Il revient à l'hôpital dans le milieu de février avec quelques vomissements, le ventre ballonné, pas de garde-robes depuis cinq à six jours, le teint très cachectique. Le toucher rectal constate l'existence d'un cancer du rectum à 8 centimètres environ de l'anus, paraissant oblitérer complètement cet organe. Le lendemain je fais un anus iliaque gauche, mais le malade, déjà très épuisé, meurt dans la soirée.

A l'autopsie, indépandemment d'un cancer du pylore, nous avons trouvé le cancer rectal déjà très avancé, oblitérant presque complètement la lumière du rectum et pas mal de ganglions dégénérés dans le petit bassin.

La pièce conservée est celle que je vous ai présentée.

A cette observation, je vous demande la permission d'ajouter

une nouvelle opération, faite depuis et qui porte à cinq les gastro-entérostomies faites par ce procédé.

Obs. II. — B..., Marie, d'Abzac, âgée de 60 ans, entre dans mon service, à l'hôpital Saint-André, le 12 avril 1897. Rien de particulier dans ses antécédents. En juin 1896, commence à perdre l'appétit. Mauvaise digestion. Quelques vomissements aqueux de loin en loin, puis apparition d'une tumeur dans la région de l'hypocondre droit. Dans ces derniers temps, quelques phénomènes d'obstruction intestinales. Alimentation presque nulle. Vomissements alimentaires fréquents. Une ou deux fois dans les selles il y a eu des matières noirâtres. Affaiblissement considérable, amaigrissement. Langue rouge, sèche, un peu de muguet. Traces d'albumine.

La tumeur siégeant très bas, tout à fait sous-ombilicale, me fait penser à un cancer de l'intestin.

Laparotomie le 14 avril. — Nous tombons sur un estomac énorme, bilobé par une bride épiploïque qui le prend en écharpe. Au niveau du pylore, nous trouvons une tumeur du volume du poing, adhérente partout. Après avoir sectionné la bride entre deux ligatures, l'estomac redevient uniforme et nous procédons à la gastroentérostomie antérieure avec le tube n° 6. Pansement au collodion et glace sur le ventre. Le soir, deux vomissements légers. La malade prend un peu de champagne frappé et quelques cuillerées de lait froid dans la nuit.

15 avril. — Même régime; encore un léger vomissement, pas de fièvre, ni ballonnement du ventre.

16 avril. — Pas de vomissement. Lait et eau de Vichy. Amélioration de l'état saburral, plus de muguet.

17 avril. — Même état. Pas de vomissement. On donne un lavement qui amène des selles abondantes.

Rien de particulier les jours suivants. La malade commence à se nourrir, mais la nuit elle a quelques idées délirantes. L'urine examinée, présente toujours des traces d'albumine. L'état général continue cependant à s'améliorer. La malade va bien à la garde-robe. Alimentation avec du laitage et des œufs et quelques purées. Elle sort le 30 avril. Depuis, son médecin nous a écrit qu'elle était morte à la fin de mai, sans présenter rien de particulier qu'un grand affaiblissement et un état cachectique très prononcé.

Donc, sur ces cinq observations de gastroentérostomie par le procédé du tube, que je vous ai rapportées (voir les trois autres observations, séance du 28 oct. 1896), il n'y a pas eu, à proprement parler, d'accidents post-opératoires. De plus, en aucun cas, nous n'avons trouvé de vomissements incessants, ni ces signes d'obstruction signalés dans beaucoup d'autres observations. Je crois qu'il faut attribuer le peu de fréquence de ces accidents aux causes suivantes :

1° Orifice d'anastomose large et bien calibré, n'ayant aucune tendance à se rétracter et assurant une alimentation rapide ;

2° Pas d'éperon à son niveau, pas de traction par bride mésentérique, dus le plus souvent à la brièveté de l'anse attirée ;

3° Pas de compression possible *par* ou *sur* le côlon et partant, pas de dilatation, pas d'accumulation exagérée dans le bout duodénal pouvant amener une véritable obstruction de l'anse périphérique.

C'est du moins ce qui paraît résulter de l'histoire de nos malades.

Voici maintenant les renseignements que j'ai pu me procurer sur nos trois premiers opérés :

Le premier en date, 45 ans, opéré par moi le 1er juillet 1896 (obs. II), est mort chez lui le 3 novembre, de cachexie, après avoir pu s'alimenter jusqu'au dernier moment, mais avec quelques vomissements de loin en loin, d'autant plus qu'il était loin de suivre un régime très sévère.

L'opéré de Demons, du 8 août 1896, 45 ans (obs. III), est mort le 5 janvier 1897, très cachectique, avec œdémie des jambes, émaciation extrême, mais s'est alimenté tout le temps et n'a jamais présenté de vomissements depuis l'opération. Près de six mois de survie.

Le malade de Binaud, 47 ans, que nous avons opéré ensemble le 13 octobre 1896 (obs. IV), est toujours en parfait état. Je l'ai revu le 2 juillet. Il se nourrit bien, ne vomit pas, accuse seulement un peu de pesanteur quand il mange trop et a de temps en temps quelques renvois acides et aqueux. Les selles sont normales. On sent toujours sa tumeur pylorique, mais elle n'a pas augmenté. Il pesait 102 à sa sortie de l'hôpital, puis 142 au bout de quatre mois. Aujourd'hui il remaigrit un peu et ne pèse plus que 130. Bonne physionomie générale.

Discussion sur l'hystérectomie abdominale totale.

M. Paul Segond. — Dans notre avant-dernière séance, M. Richelot nous a exposé ses opinions personnelles sur les indications de l'hystérectomie abdominale totale dans le traitement des suppurations pelviennes et sur le manuel opératoire qu'il conseille en pareil cas. Il nous a décrit, en outre, le procédé d'hystérectomie abdominale qu'il vient d'adopter pour l'ablation des gros utérus fibreux, procédé que nous connaissions déjà par l'article que notre collègue a publié dans le n° 2 de la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*

(p. 195). Inutile d'ajouter que sa communication était, à la fois, intéressante et fort claire ; Richelot est coutumier du fait. Mais, qu'il me pardonne cette critique, je trouve qu'il aurait dû scinder son étude ; et, pour ma part, je me déclare incapable d'envisager en même temps tous les sujets qu'il a touchés, sujets trop importants et trop disparates pour se prêter, sans confusion, à une discussion d'ensemble. Le travail de Richelot comprend, en effet, au moins deux questions tout à fait distinctes : une question de thérapeutique chirurgicale et une question de technique opératoire, laquelle exigerait même deux subdivisions, puisque l'ablation d'un utérus fibreux et une castration totale pour suppuration pelvienne sont deux actes peu comparables.

Certes, la question de thérapeutique chirurgicale soulevée par Richelot offre un intérêt de premier ordre et, nous devons même l'avouer, il est grand temps qu'elle vienne à l'ordre du jour de nos séances. Cinq ans, au moins, se sont écoulés depuis que Polk, Edebohls, Krug et Baldy ont, pour la première fois, préconisé l'hystérectomie abdominale, dans le traitement des suppurations pelviennes ; ils ont très vite rallié la majorité des chirurgiens américains à leur pratique ; et pourtant, si j'en excepte Delagenière qui a eu le très grand mérite de se faire, en France, le premier vulgarisateur de la méthode américaine, personne encore, parmi nous, ne s'est, à ma connaissance, sérieusement engagé dans la même voie.

Pour tardive qu'elle soit, on ne saurait donc trop approuver l'initiative de M. Richelot. Je serais d'autant plus heureux de la voir suivie de sérieuse discussion que, sans être plus précoce que notre collègue, il y a cependant plus d'un an que j'imite, dans certains cas, la pratique américaine. Elle m'a donné les meilleurs résultats ; je la considère comme une intervention d'exception, mais comme une intervention supérieure quand elle est bien indiquée ; et, par conséquent, je saisirais avec empressement l'occasion de vous soumettre et mes documents, et la manière de voir qu'ils m'ont inspirée. Je voudrais, en particulier, montrer dans quelle mesure, les ressources de la castration abdominale totale doivent, à mon sens, modifier les indications de l'intervention similaire exécutée par le vagin. Mais, je le répète, une aussi grosse question ne peut être abordée incidemment ; et réservant pour une discussion spéciale, et, je l'espère, prochaine, la part que je puis y prendre, je vais me borner à reprendre avec vous la question de technique opératoire dont M. Richelot nous a entretenus.

Je crois même nécessaire d'ajouter que je compte prendre cette limitation de mon sujet tout à fait au pied de la lettre, sans me permettre, à l'exemple de M. Reynier, la moindre échappée sur les

indications cliniques, ou les conséquences physiologiques de l'intervention. Ces questions, à coup sûr fort intéressantes, n'en sont pas moins des questions à côté qui nous entraîneraient beaucoup trop loin. Le seul point que je vise et qui soit du reste en litige, est d'ordre opératoire; et, par conséquent, pour le discuter avec profit, je ne puis pas plus remettre en cause les avantages mécaniques ou les inconvénients physiologiques de la suppression de l'utérus, que les avantages de l'hystérectomie totale, dans l'ablation des fibrômes ou des suppurations pelviennes. J'admettrai donc comme démontré — ce qui est, du reste, chose acquise pour les fibrômes, et vérité de demain pour les suppurations — que chez toutes les femmes atteintes de gros fibrômes qu'il faut enlever et chez quelques-unes de celles qui ont des suppurations pelviennes avec masses inflammatoires très volumineuses, les indications comme la supériorité de l'hystérectomie abdominale totale sont indiscutables; et, me supposant en présence de l'une de ces malades, je m'attacherai seulement à l'étude de la meilleure technique à suivre. C'est bien là, du reste, le terrain sur lequel Richelot s'est, avant tout, placé; mais, par exception, nous sommes assez loin de nous y entendre.

Une première divergence porte sur ce fait, qu'à mon sens, l'excessive variété des cas particuliers ne permet pas d'admettre la constante supériorité de tel ou tel procédé. Que la méthode générale d'ablation, capable de donner toute sécurité, soit invariable dans ses grandes lignes, rien de plus juste; et c'est même la thèse que je vais soutenir. Mais, ce qui est vrai pour la méthode, ne l'est absolument pas pour les procédés particuliers. A cet égard, comme à beaucoup d'autres, la castration totale abdominale se rapproche beaucoup de la vaginale. Elle relève d'une seule méthode et point du tout d'un seul procédé. Telle manœuvre, excellente dans un cas donné, devient mauvaise dans un autre; et cette première critique me semble tellement juste que je crois inutile de la développer davantage.

Il n'en est pas de même de la deuxième objection que je demande à mon ami Richelot la permission de lui faire. Elle vise, en effet, les qualités mêmes du manuel opératoire qu'il préconise. Pour lui, il est impossible, ou tout au moins difficile de trouver mieux. Son procédé se recommande par « l'abandon systématique de tout ce qu'il est inutile de faire », et, s'il a une prétention, dit-il encore, c'est d'être « le dernier mot de la simplicité ». Or, à mon sens, cette prétention n'est pas justifiée. Que Richelot obtienne de parfaits résultats, je n'en doute pas un instant; il a son procédé bien en main; il est opérateur très habile et par conséquent, même dans les cas les moins favorables, il doit exécuter son opération avec la

plus indiscutable perfection. Mais, son procédé n'en reste pas moins un procédé d'auteur. Les pinces qu'il échelonne sur les ligaments larges, pour assurer l'hémostase provisoire, rappellent encore un peu « ce qu'il est inutile de faire » ; et, j'affirme, enfin, que s'attaquer d'abord au cul de sac vésico-utérin, ainsi qu'aux deux artères utérines, n'est point du tout « le dernier mot de la simplicité ». En agissant de cette manière on fait, en quelque sorte, un Doyen retourné ; mais on perd, du même coup, tous les bénéfices que donne la vraie manœuvre de Doyen, au triple point de vue du décollement vésical, du respect des uretères et de la simplicité de l'hémostase. Me voilà donc assez loin des opinions de Richelot, et je vais m'en séparer tout à fait en avançant qu'à cette heure et depuis assez longtemps nous possédons une technique beaucoup plus simple que la sienne.

Il est donc obligatoire pour moi de ne point me permettre une aussi contradictoire affirmation, sans la documenter avec quelque soin ; et c'est là ce que je vais tenter, en vous disant, à mon tour, quelle est la meilleure manière de faire l'hystérectomie abdominale totale. Dans cet exposé, il y aurait lieu, comme je le disais au début, d'envisager séparément le cas particulier des gros fibromes et celui des suppurations pelviennes ; mais, comme la marche opératoire que je crois la meilleure est la même dans ces deux circonstances, permettez-moi d'éluder la nécessité clinique de cette division. De la sorte. je ménagerai mieux votre temps et, grâce à votre parfaite connaissance de la chirurgie abdominale, j'espère demeurer suffisamment intelligible. Je prendrai donc simplement, comme type de description, le cas d'un gros utérus fibreux semblable à celui que M. Devy a dessiné sur les trois planches que je vous présente.

Peut-être, la détermination du choix opératoire que j'étudie, réclamerait-elle, comme autre condition de clarté, le rappel préalable de tous les procédés dont la technique de l'hystérectomie s'est récemment enrichie. Mais, vous connaissez trop bien la question, et les perfectionnements dont je parle, comptent parmi vous-mêmes trop de promoteurs, pour que je m'attarde à les résumer. Les procédés d'hystérectomie sont, au surplus, si nombreux, et la part de chacun si délicate à déterminer, que ce chapitre d'histoire chirurgicale m'entraînerait sûrement trop loin, et cela, il faut bien le dire, sans grand profit. Laissant de côté les descriptions particulières, je crois donc suffisant de dresser une sorte de liste de tous les perfectionnements poursuivis par les promoteurs des divers procédés connus. Les conditions du programme à remplir se trouvant ainsi précisées, il sera facile de voir s'il est une méthode capable de les réaliser mieux que les autres.

La liste en question est, du reste, simple à reconstituer et, parmi les perfectionnements qu'elle comprend, je citerai surtout les suivants : simplification aussi grande que possible du manuel et surtout de l'arsenal instrumental. — Abandon de toutes les manœuvres d'auteurs, et assimilation de l'hystérectomie à l'ablation d'une tumeur quelconque. — Souci de rendre l'intervention exclusivement abdominale, sans la combiner à des manœuvres vaginales plus ou moins complexes. — Suppression des ligatures en masse, avec fils énormes. — Découverte méthodique et ligature successive des vaisseaux, d'après les règles habituelles de l'hémostase. — Enfin, mise en œuvre des moyens voulus pour éviter le contact des intestins avec de gros moignons rugueux ou des surfaces cruentées plus ou moins étendues.

S'il est bien vrai que toute hystérectomie, pour être une bonne opération, doive répondre à l'ensemble des conditions précédentes, et j'imagine, qu'à cet égard, il ne saurait y avoir de dissidence, la question de choix me semble tranchée. Il existe, en effet, un procédé et une méthode qui réunissent, avec une rare perfection, les desiderata que je viens de résumer. Ce sont le procédé de Doyen et la méthode que les chirurgiens américains ont décrite depuis plusieurs années.

Le procédé de Doyen a déjà parmi vous des défenseurs très convaincus, et, tous, vous en connaissez les détails; je puis donc me contenter de rappeler qu'il est supérieur à tous les procédés usités en France, au moment de sa publication ; et, sans insister autrement sur les critiques dont M. Doyen est passible à quelques égards, notamment quand il formule des préceptes capables de faire croire aux débutants de l'hystérectomie que le mépris du sang est une doctrine salutaire, ou que l'ablation totale d'un utérus énorme doit s'exécuter, hémostase comprise, avec une surprenante rapidité, je note simplement ce fait indiscutable, c'est que, chez les femmes dont le cul-de-sac de Douglas est facilement accessible, la manœuvre de Doyen remplit, au mieux, toutes les conditions voulues de simplicité, de rapidité et de sécurité.

Quant au procédé américain, il est assez vieux pour être, lui aussi, bien connu. Et cependant, il est fort peu cité. Quelques créateurs de procédés nouveaux en parlent, à la vérité, incidemment, mais, on n'a pas, que je sache, souvent montré que cette méthode merveilleuse résume, à elle seule et depuis longtemps, tous les perfectionnements les plus désirables. Je crois donc faire œuvre utile, en rappelant ici ses traits principaux ; et, je m'y sens d'autant mieux disposé qu'après avoir eu la bonne fortune de la voir exécuter par ses propres créateurs, je l'ai moi-même mise en pra-

tique, assez souvent déjà, pour être personnellement très convaincu de sa supériorité [1].

Sous le *nom de méthode américaine*, j'entends parler de l'opération telle qu'elle est aujourd'hui pratiquée, non pas seulement par quelques chirurgiens, à la suite de Polk, comme nous l'a dit M. Reynier, mais bien, par la presque totalité des chirurgiens américains. Si je donne à l'intervention ce qualificatif national, sans mieux préciser les noms de ses promoteurs ou de ceux qui l'ont perfectionnée, c'est précisément à cause de cette généralisation ; et, là-bas, comme ici, la recherche des paternités serait délicate autant que trop longue. Du reste, l'étude des progrès de l'hystérectomie abdominale aux Etats-Unis a déjà servi de texte à de fort intéressantes publications et, partant, rien n'est plus simple que de se renseigner. Je me permettrai, cependant, de vous signaler comme plus particulièrement instructive, la revue très documentée que Noble, de Philadelphie, a récemment publiée dans le numéro de mai du *British Gynæcological Journal* (p. 48).

Quant au manuel opératoire, il est clair qu'il offre, suivant les chirurgiens, quelques variantes. Mais ses grandes lignes n'en demeurent pas moins constantes. Pour les retracer, je me guiderai sur la description donnée par Howard A. Kelly, de Baltimore, au congrès de Washington, le 12 novembre 1892, description fort claire et très personnelle que ce remarquable chirurgien a peu après reproduite, avec planches à l'appui, en février 1896, dans le *Bulletin of the John's Hopkins hospital* (p. 27). La première planche que je vous présente est copiée sur celle de Kelly ; et la regarder, c'est comprendre l'opération. Elle montre, en effet, que la caractéristique première du procédé de Kelly, c'est de pratiquer l'ablation en bloc, et par incision continue, de gauche à droite, ou de droite à gauche, « by continuous incision from left to right, or from right to left », suivant que la disposition des lésions rend plus facile l'une ou l'autre de ces deux directions.

Pour ne parler que du sens opératoire le plus habituellement favorable, voici, par conséquent, comment les choses se passent :

[1] Mes observations aetuelles d'hystéreetomie abdominale totale par la méthode amerieaine, pour fibromes et suppurations pelviennes, sont au nombre de 30, dont 10 pour suppurations et 20 pour gros fibromes dépassant l'ombilic. J'ai eu deux morts dans ehaeune de ees deux séries. Les deux opérées pour suppurations pelviennes sont mortes de péritonite; les deux autres ont sueeombé, l'une par péritonite, et l'autre par hémorrhagie survenue au niveau d'un gros moignon épiploïque dant la ligature avait été, eependant, faite avec le plus grand soin. Je crois inutile d'insister ici sur ces observations; elles seront ultérieurement publiées, et si je les signale, c'est uniquement pour affirmer que dans ces 30 eas, cependant très diffieiles, je n'ai eu qu'à me louer de la méthode.

le chirurgien placé à la droite de la patiente, s'attaque d'abord au bord supérieur du ligament large gauche, en dehors des annexes. L'artère utéro-ovarienne et celle du ligament rond étant liées isolément, il sectionne le ligament large gauche, de haut en bas, et tombe ainsi sur l'artère utérine qui est aussitôt ligaturée, puis sectionnée. Prenant alors une sorte de pelle tranchante, qu'un bistouri quelconque peut d'ailleurs remplacer, Kelly tranche le col au-dessous du niveau de l'artère utérine qu'il vient de couper. Cette section conduit mathématiquement sur l'artère utérine droite qui est, à son tour, liée puis coupée. Enfin, pour achever l'ablation, il suffit de renverser de son côté la masse utéro-ovarienne et de la libérer, en sectionnant le ligament large droit de bas en haut. Par un surjet approprié, on suture le petit moignon du col respecté ; les lèvres de la section péritonéale sont de même affrontées ; toute surface cruentée disparaît et l'opération est terminée.

Dans cette manière de faire, l'ablation n'est pas absolument totale, mais il ne s'en faut pas de beaucoup. Et quand on veut, ou quand on peut se passer du drainage vaginal, la très petite rondelle de col respectée n'a que des avantages. Sa conservation simplifie beaucoup l'hémostase, en évitant la section des ramuscules inférieures des utérines ; et de plus, elle permet de réaliser l'occlusion complète du péritoine et du vagin, avec une perfection remarquable.

Pour les chirurgiens qui redoutent la fermeture du péritoine, et qui pensent avec beaucoup de raison, je crois, qu'un large drainage vaginal donne à l'intervention beaucoup plus de sécurité, rien de plus simple que de modifier le procédé de Kelly dans ce sens. Au lieu de trancher le col, après section de l'utérine gauche, il suffit de poursuivre le décollement des parties molles au-dessous d'elles ; et quelques coups de ciseaux conduisent très vite dans le vagin. On peut alors s'amarrer sur le col, l'attirer vers soi, le libérer de ses attaches vaginales et terminer ensuite comme Kelly. C'est là ce que je fais presque toujours, et je puis donner la manœuvre comme fort simple. Mes deux autres planches en montrent bien les détails.

Le plan général de l'opération étant ainsi tracé, il est facile d'en généraliser l'application aux cas particuliers. Toutefois, afin d'éviter tout malentendu, je crois utile de préciser un peu plus, et, si j'avais par exemple, à enseigner la méthode, voici comment je formulerais la série des temps opératoires à exécuter :

Mettre le malade en position renversée, se placer à sa droite ; inciser la paroi abdominale ; se comporter vis-à-vis des adhérences intestinales ou épiploïques suivant les règles habituelles, et sans se préoccuper autrement des masses qui encombrent le petit

bassin, du volume des tumeurs ou de leurs connexions pelviennes, se porter d'emblée sur le bord supérieur du ligament large gauche, en dehors des annexes. C'est toujours possible, quel que soit le volume des fibrômes ou la répartition des lésions suppuratives. — L'aileron supérieur du ligament large ainsi découvert, lier l'artère utéro-ovarienne en dehors des annexes, la saisir du côté de l'utérus avec une pince hémostatique quelconque, la couper entre la ligature et la pince, puis sectionner tout l'aileron correspondant.

Traiter de même l'artère du ligament rond, et couper toute la hauteur du ligament large de haut en bas, jusqu'à l'artère utérine. — Bien reconnaître celle-ci, et comme les feuillets du ligament large flottent librement; comme il n'y a nulle part de grosse pince étreignant les tissus et masquant les rapports, cette recherche est simple. Si le ligament large est occupé par une tumeur liquide, ou solide, il faut s'en débarrasser suivant les règles habituelles, pour procéder ensuite à la recherche précédente. — L'artère une fois libérée, la lier en dehors, la pincer du côté de l'utérus, et la couper entre le fil et la pince. — Poursuivre ensuite le décollement audessous de l'utérine au ras de l'utérus; puis, d'un coup de ciseaux, pénétrer directement dans le vagin, sans le secours d'aucun instrument faisant bomber le cul-de-sac vaginal correspondant et sans autre guide que la perception digitale du col au travers des parties molles. Comme le dit Richelot, les ciseaux coupent l'insertion vaginale, quand ils la rencontrent.

A ce moment, l'hémostase n'est jamais complètement assurée par le fil unique de l'utérine; les petites branches collatérales donnent souvent beaucoup plus de sang qu'on ne se plaît à le dire, et, il va de soi, qu'on doit en assurer l'occlusion par des ligatures appropriées. — Procéder ensuite à la succession des temps suivants : préhension du col au travers de la brèche vaginale; renversement du museau de tanche en haut et à droite à l'aide d'une pince convenable; libération complète du col en arrière et en avant avec la précaution d'entailler à ce dernier niveau, et sur la face utérine antérieure, un lambeau péritonéal suffisant. Enfin, continuation des tractions sur le col en haut et à droite, jusqu'à la découverte de l'utérine correspondante; ligature de celle-ci et section du ligament large droit, de bas en haut, avec ligatures successives de l'artère du ligament rond et de l'utéro-ovarienne.

Dans cette dernière partie de l'opération, la mise à nu de l'utérine par l'arrachement du col vers le haut est d'une surprenante facilité. Après libération de ses attaches vaginales, le col se laisse très aisément décortiquer par traction, et, comme l'indique la planche 3, on voit aussitôt l'artère utérine dénudée dans une grande étendue et couchée au fond du décollement produit. Un autre

détail important à noter, c'est que, en cas de gros fibrome, la masse utéro-ovarienne renversée à droite porte forcément, de tout son poids, dans le vide ou sur le tablier de l'opérateur. Il convient donc de la soutenir pour éviter un arrachement trop brusque et de veiller à ce que le tablier sur lequel elle vient s'appuyer soit parfaitement aseptique.

La masse utéro-ovarienne étant enlevée, il faut, pour terminer, parachever l'hémostase, supprimer les surfaces cruentées par un surjet péritonéal, et assurer le drainage avec une mèche de gaze aseptique ou antiseptique placée dans le vagin. Je n'insiste pas sur les deux dernières manœuvres, qui sont de pratique courante, mais je souligne d'une manière très particulière la nécessité urgente de bien soigner l'hémostase ; et, soit dit en passant, il faut s'attendre à ce que le temps nécessaire pour cela soit plus long, soit même beaucoup plus long que les quinze ou vingt minutes généralement exigées par l'hystérectomie elle-même. Quand on ne laisse pas, à la manière de Kelly, une rondelle de col, il est, en effet, très rare que les six ligatures maîtresses suffisent. Nombre de petites artères donnent au-dessous du moignon des utérines, ou sur la tranche vaginale, et pour éviter les complications hémorrhagiques, il faut apporter une attention très particulière, soit à la ligature des artérioles qu'on peut isolément saisir, soit au surjet très solide qu'il convient de placer sur la collerette vaginale pour y tarir tout écoulement sanguin et la suturer au péritoine voisin. Comme fil, j'emploie de préférence de la soie fine et solide. La perfection de l'hémostase me paraît de la sorte mieux assurée que par des ligatures au catgut, et la sécurité qu'on en retire compense les petits ennuis que donne parfois l'élimination ultérieure de quelques-uns des fils.

Telle est l'opération américaine dans ses principaux détails, et j'espère en avoir assez dit pour montrer pourquoi je la considère comme la meilleure manière actuelle d'enlever, par l'abdomen, l'utérus et les annexes. Il me semble, en effet, difficile de ne pas reconnaître qu'elle remplit toutes les conditions de simplicité et de sécurité que la chirurgie abdominale exige de plus en plus. Elle se passe des clamps spéciaux et des pinces énormes aussi bien que des manœuvres complexes ou trop personnelles. Quelques instruments de chirurgie courante suffisent à son exécution. L'intervention se poursuit, de son début à sa terminaison, comme l'ablation d'une tumeur quelconque et d'après les règles les plus courantes de la chirurgie abdominale. En fait de simplicité, je ne vois donc pas mieux.

Au point de vue de la sécurité, la même appréciation s'impose, puisque la méthode résume en elle tous les perfectionnements

techniques désirables : caractère exclusivement abdominal de l'intervention; perfection de l'hémostase; abandon des gros pédicules; ligatures isolées des vaisseaux ; protection assurée de l'uretère et de la vessie; suppression des contacts intestinaux avec toute surface rugueuse ou cruentée ; facilité d'une occlusion péritonéale des plus régulières ou drainage vaginal parfait, suivant les nécessités du cas particulier ou les tendances de l'opérateur.

Enfin, caractéristique très particulière et qui suffirait seule à faire la preuve de ce que je pense, la méthode américaine a pour elle cette grande supériorité d'être applicable à tous les cas, sans exception. Avec elle, on procède droit devant soi, allant du simple au compliqué, liant au fur et à mesure ce qui doit être lié et protégeant ce qui doit être protégé; l'énucléation des tumeurs solides qui peuvent gêner la marche de l'opération se fait en temps opportun, aussi bien que l'ouverture ou l'ablation des collections dont la septicité impose des mesures particulières, et, qu'il s'agisse de fibromes ou de suppurations pelviennes, on arrive toujours à son but méthodiquement et sûrement. Comment imaginer plus parfait? Pour ma part, et pour l'instant, je ne le vois pas.

Je terminerai donc par cette conclusion générale : c'est qu'à mon sens, la méthode américaine et le procédé de Doyen, sont supérieurs à tous les autres modes d'hystérectomie jusqu'ici connus. En cas de gros fibromes, lorsque la conformation de l'utérus s'y prête, lorsque le cul-de-sac de Douglas est accessible sans trop de difficultés, le procédé de Doyen a pour lui des avantages de rapidité et d'élégance, dirais-je volontiers, qui le rendent très recommandable. Mais, dans tous les autres cas, et notamment chez les femmes atteintes de suppuration pelvienne grave, c'est la méthode américaine qui représente la méthode de choix.

M. Hartmann. — Ayant pratiqué un certain nombre de fois l'hystérectomie abdominale totale, je crois devoir vous apporter les résultats de ma petite expérience. J'ai essayé de divers procédés jusqu'en octobre dernier, époque à laquelle je me suis arrêté à un manuel opératoire que j'ai employé 18 fois, 1 fois pour un cancer du corps de l'utérus, 5 fois pour fibromes, 12 fois pour des annexites, dont 9 suppurées ; mes 18 opérées ont guéri.

Avec MM. Reclus, Reynier et Segond, je crois que M. Richelot a pris, comme voie d'accès au vagin, la voie la moins facile. Comme lui, j'ai, au début, ouvert le cul-de-sac vaginal antérieur. J'ai eu quelquefois des hésitations, ne sachant pas, au cours de mon décollement, à quelle distance j'étais du vagin, craignant de léser la vessie ou les uretères. Je me demande si ce n'est pas par suite des mêmes craintes que M. Richelot, au lieu de rester au contact

de l'utérus, mord sur lui, pénétrant, si je me rappelle bien les termes de sa communication, « obliquement, au jugé, dans le tissu utérin ». Cette manière de faire a l'inconvénient de ne pas enlever tout le col, et alors, ablation complète pour ablation incomplète, je préférerais entailler franchement le tissu utérin en faisant une amputation cunéiforme. Celle-ci peut être faite très rapidement. Deux pinces à traction placées sur les deux lèvres du col, à mesure qu'on les sectionne, suffisent pour en assurer l'hémostase ; quant aux utérines, une pince de Kocher à droite, une à gauche, les oblitèrent immédiatement.

La ligature des utérines à la soie, puis quelques points de catgut affrontant les deux lèvres du col assurent la suture et l'hémostase. Ce procédé me paraît le meilleur lorsqu'on veut opérer rapidement et fermer le vagin, comme il est peut-être indiqué de le faire dans certaines hystérectomies pour septicémies puerpérales utérines rebelles au curettage et à l'irrigation continue.

Mais ce n'est là qu'une indication exceptionnelle.

Lorsqu'on veut enlever le col en entier, ce qui a ses avantages et au point de vue du drainage par le vagin et à celui de la suppression même du col atteint d'inflammation chronique ou passible de dégénérescence secondaire (nous avons vu deux malades opérées par l'hystérectomie avec pédicule externe mourir ultérieurement d'un épithélioma du col), il vaut mieux, croyons-nous, procéder autrement.

La vraie voie d'attaque du vagin est le cul-de-sac postérieur. On peut toujours l'aborder avec facilité si l'utérus est fortement attiré en haut. Qu'on dégage l'excavation, qu'on sectionne l'étage supérieur des ligaments larges en dehors des annexes, après avoir lié les utéro-ovariennes ; qu'on énuclée, s'il y a lieu, des fibromes intra-ligamentaires ; qu'on sectionne et qu'on lie l'artère du ligament rond ; ces manœuvres faites, l'utérus se laisse toujours attirer en haut sur la symphyse, et la paroi postérieure du vagin est devenue facilement abordable.

Nous l'incisons, comme Doyen, sur la ligne médiane postérieure ; mais ayant quelquefois éprouvé des difficultés à inciser, comme celui-ci, la muqueuse vaginale antérieure, nous opérons, à partir de ce moment, par bascule latérale, comme les chirurgiens américains. Placé à droite de la malade, nous incisons le vagin contre le col, à droite, puis en avant, puis à gauche, pinçant les artères utérines.

Nous terminons en liant les utérines et enfouissant nos ligatures sous un surjet qui réunit ce qui reste des feuillets séreux des ligaments larges. Quelques points de catgut rétrécissent

l'orifice vaginal dans lequel nous plaçons une mèche de gaz iodoformée [1].

Dans les 18 cas où nous avons employé ce procédé, combinaison du Doyen et du Kelly, il nous a paru de la plus grande simplicité, et comme jusqu'ici il ne nous a donné que des succès, nous ne sommes pas tenté de l'abandonner pour un autre.

M. Schwartz. — Je crois qu'il n'est plus possible aujourd'hui de contester que, dans tous les cas de grosses tumeurs de l'utérus ne pouvant être morcelées et enlevées par la voie vaginale, l'hystérectomie abdominale totale ne soit la méthode de choix. Malgré l'asepsie et l'antisepsie, les méthodes d'hystérectomie avec pédicule extra ou intrapéritonéal restent loin derrière l'hystérectomie totale, c'est-à-dire avec suppression complète de tout pédicule utérin.

Les procédés d'hystérectomie totale sont nombreux. Il est certain que le dernier procédé de Doyen, celui que nous a si élégamment décrit notre collègue Richelot, paraissent devoir réunir tous les suffrages.

Pour mon compte, j'ai pratiqué jusqu'à l'année dernière l'hystérectomie abdominale totale en enlevant d'abord la masse fibreuse par l'abdomen et en extirpant secondairement le pédicule cautérisé au thermocautère et rendu exsangue soit par un lien de caoutchouc, soit par deux ligatures à la soie. J'ai exposé cette manière de faire lors de notre dernière discussion sur l'hystérectomie abdominale totale. 11 cas opérés de la sorte m'ont donné 1 seule mort, et encore la femme portait-elle un carcinone du pancréas qui avait passé inaperçu.

J'ai opéré 3 dernières hystérectomies, dont 2 depuis un mois, en enlevant d'un bloc tout l'utérus avec la tumeur qu'il supporte, et cela par le procédé américain que notre collègue Segond a si bien décrit dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, soit de gauche à droite, soit de droite à gauche. Il m'a toujours été facile, après avoir sectionné les ligaments larges en dessous des ailerons subovariens, de désinsérer le vagin de l'utérus et de pincer soit préventivement, soit après les avoir coupées, les deux grosses artères utérines. Les 3 cas ont guéri sans encombre.

Quel qu'ait été le procédé d'exérèse employé, je suis toujours resté fidèle à l'ouverture large du vagin qui nous donne tous les avantages de l'hystérectomie vaginale et constitue un gros drain naturel permettant l'écoulement de la sérosité sécrétée par le péritoine, des suintements sanguins plus ou moins abondants qui

[1] Ce procédé est décrit en détail dans le numéro de juillet des *Annales de gynécologie*

suivent souvent ces grandes opérations, malgré l'hémostase immédiate la plus soignée.

Je laisse donc systématiquement le vagin ouvert ; mais j'ai soin de faire la suture à points coupés de la tranche des ligaments larges, puis de suturer les feuillets péritonéaux antérieur et postérieur à la lèvre antérieure du vagin, puis à la lèvre postérieure ; j'entoure de cette façon de chaque côté les ligatures placées sur les utérines ; jamais je n'ai vu se produire d'abcès consécutifs, d'éliminations de fils, quoique je n'ai jamais employé que de la soie.

En résumé, partisan déclaré de l'hystérectomie totale, à moins d'indications exceptionnelles, je reste aussi attaché à l'ouverture large du canal vaginal, qui me paraît une soupape de sûreté qu'on aurait tort de fermer. Laissons de côté la question de la durée un peu plus longue de l'opération. Les 13 succès sur 14 cas que j'ai obtenus ne sont pas faits pour me détourner de ma manière de faire.

J'ai pratiqué 2 hystérectomies abdominales pour des utérus que je n'avais pu, secondairement à une castration, enlever par le vagin (étroitesse du canal, adhérences intimes à la vessie, friabilité).

La première date de quatre ans déjà ; je l'ai présentée au Congrès de Lyon en 1894. La seconde, je l'ai pratiquée il y a trois semaines.

Il s'agissait d'un gros utérus atteint de métrite parenchymateuse. L'opération fut conduite de gauche à droite, comme pour les fibromes, et tout se passa sans encombre, si ce n'est cependant que j'eus à réprimer une hémorrhagie assez violente par une branche de l'utérine. Ne trouvant plus l'artère, une fois le sang arrêté, je fermai le ventre en mettant en garde contre l'éventualité d'une hémorrhagie secondaire notre interne, M. Hepp; trois heures après l'hémorrhagie se produisit, et M. Hepp évita le danger par un tamponnement à la Mikulicz qui fut retiré dès le troisième jour. La malade est actuellement tout à fait guérie.

L'utérus portait au niveau de sa corne droite un abcès interstitiel (non tubaire), gros comme une noisette, et qui était certes le point de départ des douleurs insupportables qu'accusait la malade avant l'opération.

Je n'insisterai pas plus longuement sur la seconde partie de la communication de notre collègue Richelot.

Présentations de malades.

M. Nimier présente deux malades atteints de lésions du nerf radial.

M. Nélaton présente le malade qu'il a amené devant la Société de chirurgie il y a un mois. Ce malade, atteint d'ostéome éburné de l'orbite, est actuellement guéri; l'ostéome a été énucléé par une large brèche faite aux parois de l'orbite [1].

Discussion.

M. Tuffier. — J'ai fait l'ablation d'une tumeur osseuse semblable de l'orbite; mais, pour diminuer le délabrement, j'ai morcellé la tumeur.

M. Nélaton. — Nous ne parlons pas, M. Tuffier et moi, du même genre de tumeur, car les ostéomes éburnés tels que celui que je présente résistent aux instruments les plus puissants et ne se laissent pas entamer.

M. Nélaton. — Je présente un deuxième malade sur lequel j'ai essayé de pratiquer l'opération décrite par M. Ricard comme modification de l'amputation de Syme [2], et la brièveté du lambeau m'a empêché d'obtenir le résultat désiré.

Discussion.

M. Ricard. — Ce n'est pas comme une modification de l'amputation de Syme, mais bien comme une modification de l'opération de Chopart qu'il faut considérer mon procédé.

M. Kirmisson. — A mon avis, c'est bien plutôt comme une modification du procédé de Pirogoff qu'il faut regarder l'opération que M. Ricard nous a proposée.

Épithéliome du larynx opéré par thyrotomie.

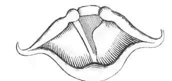
M. Quénu. — Je vous ai présenté, il y a juste un an, une tumeur grosse comme une noisette implantée par une large base sur la

[1] L'observation sera publiée dans les *Archives d'ophtalmologie.*

[2] Séance du 7 avril, p. 266.

corde vocale inférieure gauche et de nature nettement épithéliomateuse, ainsi qu'en témoignaient les coupes microscopiques apportées ici. Le malade fut opéré au mois de juillet 1896 par thyrotomie et excision de toute la corde vocale inférieure, après trachéotomie préalable.

Je vous présente aujourd'hui le malade très bien portant, sans récidive aucune ; voici une aquarelle représentant l'image laryngoscopique : d'un côté (côté droit) se voit la corde vocale inférieure droite ; de l'autre manque le ruban vocal, et la corde vocale supérieure en fait l'office. Le malade a la voix enrouée, mais parle



aisément, ainsi que vous pouvez en juger, et assez haut pour être entendu et compris à distance.

Je pense que l'avenir de la chirurgie du cancer laryngé réside dans un diagnostic précoce permettant de faire de telles opérations.

Lorsque l'examen des cordes vocales ne révèle rien, ni altération physique, ni trouble dynamique, et que les accidents dyspnéiques et vocaux permettent de soupçonner une cause sous-glottique, il y a indication, selon moi, de pratiquer une thyrotomie exploratrice.

Occlusion d'une gastrostomie.

M. Quénu. — Je vous ai montré, il y a un an, ce malade auquel j'avais pratiqué une bouche stomacale, non pour un rétrécissement, mais pour un spasme persistant, entretenu par une œsophagite elle-même causée par l'ingestion d'une solution caustique de potasse ou de soude. L'alimentation par la voie gastrique permit à l'inflammation œsophagienne de s'amender et de disparaître. Un mois ou six semaines après, le malade pouvait de nouveau déglutir. J'ai attendu néanmoins un an pour fermer la bouche gastrique, afin d'être sûr qu'il ne se produirait pas de rétrécissement œsophagien.

J'avais, pour établir une fistule gastrique, sorti un petit dôme d'estomac et suturé une large surface à la paroi abdominale ; aucune trace d'irritation cutanée ne fut observée pendant un an, l'ouverture avait été faite toute petite, la fermeture fut facile. Je dé-

collai la paroi abdominale sans aller jusqu'à la limite des adhérences et sans ouvrir la cavité péritonéale; je retournai la muqueuse vers la cavité gastrique, en faisant des sutures extra-muqueuses, puis deux plans de sutures séro-séreuses; la réunion complète fut obtenue en huit jours. L'opération date aujourd'hui de trois semaines.

M. Pozzi présente une malade chez laquelle il a pratiqué la cholécystotomie.

Cette femme, qui avait été laparotomisée il y a vingt ans, par M. Terrier, et guérie d'un étranglement interne, se présenta à M. Pozzi avec une tumeur du foie. Elle siégeait sur le bord antérieur du foie, avait le volume d'un œuf et offrait une consistance ligneuse. M. Pozzi fit la laparotomie, trouva que cette tumeur était formée par une portion du foie hypertrophiée et cirrhotique et, immédiatement derrière cette portion hépatique, il trouva la vésicule distendue par 5 gros calculs. La vésicule fut incisée, les calculs furent péniblement extraits, puis on draina la vésicule. Avant de retirer ce drain, on fit l'analyse bactériologique du liquide qui s'en écoulait et, au bout de dix jours, ce liquide ayant été trouvé aseptique, le drain fut retiré.

La malade a parfaitement guéri et la tuméfaction cirrhotique du bord antérieur du foie a disparu.

Présentations de pièces.

M. Brun présente une colonne vertébrale atteinte de mal de Pott et redressée.

Les pièces que j'ai l'honneur de vous présenter proviennent de l'autopsie d'un enfant qui a succombé au cours de manœuvres de redressement pratiquées, sous le chloroforme, pour un mal de Pott de la région dorsale moyenne.

Les premiers temps de l'opération s'étaient effectués sans incident. L'anesthésie avait été facile et rapide, et l'enfant tourné face contre terre la réduction de la gibbosité avait été obtenue sans sérieux effort.

Le corset plâtré qui devait maintenir la réduction était à peu près terminé, quand il nous parut que la respiration laissait à désirer. L'enfant fut immédiatement retourné, couché sur le dos. Sa face était un peu congestionnée, la cornée était insensible, les pupilles immobiles, moyennement dilatées; toutefois ses lèvres étaient plutôt roses et les mâchoires étaient contractées. Immédiatement et aussi rapide-

ment que possible, le corset fut sectionné; l'enfant fit aussitôt une inspiration spontanée, mais ce fut la dernière. Malgré une heure d'efforts et après l'emploi des moyens habituels (respiration artificielle, tractions rythmées de la langue, cautérisation précordiale, etc.), nous fûmes obligés de reconnaître notre impuisssance.

L'examen des pièces nous a montré les lésions déjà constatées au cours de nos recherches expérimentales.

Au niveau du foyer du mal, le redressement avait déterminé la formation d'une caverne au fond de laquelle se trouvait à nu la moelle recouverte de ses enveloppes. Rien de spécial, pouvant nous rendre compte d'une mort aussi brusque.

Il me paraît absolument évident que l'anesthésie doit être surtout incriminée dans la pathogénie de cette mort; je ne puis pourtant me défendre de cette idée que la position particulière dans laquelle le chloroforme s'est trouvé administré doit être aussi pour une grande part rendue responsable de l'accident que nous avons eu à déplorer.

M. Michaux. — Je vous présente la rate d'un homme qui, renversé par une voiture, fut écrasé. Une rupture du pédicule de la rate se produisit. Je ne vis cet homme qu'au bout de quarante-huit heures, et l'existence des phénomènes abdominaux et thoraciques me firent considérer le cas comme désespéré. La mort fut prompte. A l'autopsie on trouva deux litres de sang dans l'abdomen et une déchirure des vaisseaux du hile.

Je crois que si j'avais été appelé à temps, une intervention aurait pu sauver cet homme.

M. Berger présente une épreuve photographique obtenue à l'aide des rayons X, elle réprésente une exostose ostéogénique du fémur. L'exostose est sur l'épreuve plus petite qu'elle n'était en réalité, en a pu s'en convaincre à la suite de l'intervention.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

Nélaton.

Séance du 28 juillet 1897.

Présidence de M. Berger.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Un travail de M. Dubujadoux, médecin-major, et intitulé : *Compression cérébrale par hémorrhagie traumatique; trépan; guérison.*

3° Une note de M. Désesquelles : *De l'emploi en chirurgie de l'iodoforme en dissolution dans les phénols camphrés.*

A propos du procès-verbal.

M. Ollier. — Je tiens à rectifier deux erreurs qui existent dans les deux derniers paragraphes du compte rendu fait au sujet de ma communication dans la séance du 19 mai (p. 376).

1° Dans ce compte rendu, il est dit que Schuter a obtenu un résultat remarquable à la suite d'une amputation sous-périostée sous-trochantérienne, Or. c'est d'une opération supra-condylienne qu'il s'agissait. A la suite de cette intervention, il se fit une reproduction ostéo-fibreuse qui permit l'application d'un appareil, et le malade put marcher comme un amputé de cuisse.

2° J'ai opéré non pas pour une lésion du coude, mais pour une lésion de la hanche, une femme de 42 ans. J'ai fait une désarticulation sous-périostée de la hanche et je ne m'attendais pas à avoir la reproduction d'une tige osseuse dans le moignon. Je l'ai eu cependant et j'ai donné à ma malade un moignon bien musclé, régulier, mobile et tellement fort que la malade couchée pouvait soulever 15 kilogrammes avec son moignon sans bouger le bassin.

Discussion sur l'hystérectomie abdominale.

M. Routier. — Dans la séance du 23 juin, à laquelle je n'ai malheureusement pas pu assister, notre excellent collègue Richelot, dans sa communication sur l'hystérectomie abdominale appliquée au traitement des salpingites, a soulevé deux points principaux, autant que j'ai pu m'en rendre compte par la lecture du compte rendu publié par les journaux, à savoir :

1° Un point relatif à la technique pour pratiquer l'hystérectomie abdominale au cours de laparotomies entreprises pour traiter les salpingites ;

2° Un point relatif à la doctrine, en disant que l'hystérectomie totale était le complément obligé et indispensable de toute ablation double des annexes par la voie abdominale.

Comme, depuis le temps malheureusement trop reculé déjà où, avec mon regretté maître Terrillon, nous nous sommes occupés des salpingites, je n'ai jamais cessé de m'intéresser à ce point particulier de pathologie et de thérapeutique chirurgicales, et que par ma pratique déjà assez étendue, je crois aussi être arrivé à pouvoir formuler des conclusions, je me permettrai de discuter ces deux points sur lesquels a particulièrement insisté M. Richelot.

Je commencerai par le second, le point de doctrine. Je crois inutile d'accompagner toute laparotomie pour pyosalpinx de l'hystérectomie totale.

Je suis devenu depuis longtemps déjà un partisan convaincu du drainage vaginal ; toutes les fois que j'opère une salpingite grave par la voie abdominale, et par salpingite grave j'entends seulement les cas suppurés ou ces cas d'ovario-salpingites tellement adhérentes qu'une fois décortiquées, elles laissent un bassin sans péritoine, ressemblant à une plaie saignante dont l'hémostase est particulièrement difficile ; dans tous ces cas, je crois que le drainage doit être employé ; on évite par ce moyen la stagnation des liquides qui ont une grande tendance à s'infecter s'ils ne le sont pas déjà.

Pour obtenir ce drainage qui me donne une sécurité absolue, je ne connais pas de meilleur moyen que la perforation du cul-de-sac vaginal postérieur ; l'ablation de l'utérus est inutile si on se place à ce simple point de vue.

Ceci, je l'applique largement dans ma pratique, depuis fort longtemps, et combien de fois m'est-il arrivé de montrer à mes élèves l'excellence de ce procédé et la sécurité qu'il nous donne ; les résultats que j'ai obtenus sont trop favorables pour jamais me le faire abandonner.

Je sais des chirurgiens qui redoutent cette ouverture vaginale

comme une voie ouverte à l'infection ; je n'hésite pas à les rassurer et à leur affirmer que jamais je n'ai eu un cas de ce qu'on pourrait appeler une infection ascendante du vagin au péritoine.

Je tiens pour certain que le vagin se désinfecte comme le reste du corps ; qu'adviendrait-il autrement de toutes nos hystérectomies ou de toutes nos autres interventions par la voie vaginale.

Par cette ouverture faite au cul-de-sac postérieur (que dans ce cas je pratique presque toujours, sinon toujours, après avoir refermé la plaie abdominale, ouverture que je fais donc de dehors en dedans, du vagin vers l'intérieur), je passe deux très gros drains et je les cale en place avec deux grosses mèches de gaze iodoformée.

Ces drains, cette gaze sont retirés le 4e, le 5e jour ; vous avouerai-je qu'il m'est arrivé de les oublier, tant les opérées allaient bien, et que j'ai deux fois retiré des drains qui avaient séjourné six mois, alors que mes malades avaient depuis longtemps repris l'exercice de leurs devoirs conjugaux !

Elles n'en étaient pas plus infectées pour cela.

Poussant la chose plus loin, il m'est arrivé, dans certains cas, non seulement de défoncer le cul-de-sac postérieur, mais de faire l'hystérectomie totale abdominale : or, ce n'était pas pour mieux drainer, je tiens mon drainage rétro-utérin par la voie vaginale comme très suffisant.

Mais, dans certains cas, et ce sont précisément les plus graves, l'utérus est saignant partout après la décortication ; dans d'autres, l'utérus est manifestement infecté ; tantôt les cornes faisaient partie des abcès tubaires ; tantôt les ovaires suppurés était plaqués contre sa paroi : j'enlève alors l'utérus soit comme moyen hémostatique, soit comme j'enlèverais une partie infectée.

Et ce n'est pas d'aujourd'hui que je suis ces errements.

Dans une de mes premières communications à la Société de chirurgie, en 1888, je présentais mes 12 premières opérations de salpingites purulentes opérées par la laparotomie ; c'était un gros chiffre pour l'époque, et peu de chirurgiens en avaient de plus gros ; je soutenais, du reste, en me basant sur ces 12 cas, cette thèse, neuve alors, que les suppurations du bassin chez la femme, en dehors de la puerpéralité, étaient toujours, sinon toujours, le fait de la trompe ou de l'ovaire ; je combattais le phlegmon du ligament large et l'adéno-phlegmon rétro pubien d'Alp. Guérin ; il semble qu'on parle d'antiquités !

Eh bien, dans cette série de 12 laparotomies pour pyosalpinx tous graves, on n'opérait guère alors que les mauvais cas ; j'avais deux fois dû pratiquer l'hystérectomie abdominale, comme on la

pratiquait alors, avec pédicule externe, pour obvier à l'hémorrhagie.

C'est peu à peu que j'ai modifié ma pratique, qui peut se résumer en quelques mots.

Dans la cure des pyosalpinx par la laparotomie, dès que les lésions de décortication ou que les chances d'infection me paraissent assez grandes pour me faire craindre des suites, je draine par l'ouverture du cul-de-sac vaginal postérieur.

Dès que l'utérus participe à ces lésions de décortication de manière à présenter une surface saignante, où dès que l'utérus me paraît infecté, je pratique l'hystérectomie totale comme complément et je draine par le vagin.

J'en arrive à la technique de cette hystérectomie.

Eh bien, là, comme pour les fibromes, et à plus forte raison, puisque je vous ai dit combien je tenais au drainage vaginal, j'applique mon procédé des ligatures élastiques des ligaments larges, ce qui, pour le dire en passant aux amateurs de vitesse et de célérité opératoire, permet d'enlever un utérus en quelques minutes, et quand l'utérus est enlevé, tout est fini ; il n'y a plus d'hémostase à faire, il n'y a plus qu'à éponger pour nettoyer le petit bassin et à faire la suture abdominale. Je renvoie à la thèse de mon interne Diriart ceux qui voudront connaître ce procédé dans ses détails.

C'est un peu forcé par les circonstances et, je vous le répète, précisément dans les cas les plus graves, que j'ai été amené à faire l'hystérectomie abdominale totale comme complément de l'ablation du pyosalpinx ; or, je dois l'avouer, j'ai été surpris par l'excellence des résultats ; les malades semblaient moins schoquées que pour un fibrome, et j'ai obtenu des guérisons inespérées.

Faut-il pour cela passer à l'extrême et dire qu'il faudra faire suivre toute ablation des annexes suppurées, et j'appuie sur le mot suppurées, d'une hystérectomie totale? Je ne le crois pas, et mes résultats me permettent de m'en tenir à ce que je vous ai dit.

M. Richelot semblait dire, en effet, que les suites éloignées, l'effet thérapeutique étaient bien plus satisfaisants quand on faisait suivre l'ablation des annexes de l'ablation de l'utérus ; je ne partage pas complètement son opinion; on est parfaitement guéri quand on a subi l'amputation totale, mais on est aussi parfaitement guéri quand on a subi l'amputation des annexes. Si j'ai souligné tout à l'heure le mot suppuré, c'est à dessein; en effet, nous savons bien maintenant que, de nos opérées, les mieux guéries, plus tard, sont celles qui étaient les plus malades au jour de l'intervention.

Pour les salpingites suppurées, les résultats sont bons, qu'on opère par le vagin ou par l'abdomen, qu'on enlève les annexes

seulement ou qu'on accompagne cette ablation de l'hystérectomie.

Mais voilà qu'il faudrait soulever la question de la meilleure voie à suivre, vaginale ou abdominale, et ce serait sortir des limites de la discussion.

Laissez-moi cependant vous faire une profession de foi : je crois qu'il faut être très éclectique et n'être pas l'esclave d'une méthode ; bien étudier les malades, s'évertuer pour chacune à bien saisir les indications particulières et s'efforcer de les remplir, c'est ce que j'ai toujours tenté de réaliser dans ma pratique.

M. Nélaton. — Je ne puis que répéter ce qu'a dit M. Segond. Il nous a parfaitement fait voir que pour l'ablation des fibromes utérins ordinaires le procédé de Doyen est le procédé de choix, le procédé américain trouvant son emploi dans les cas où les fibromes par leur forme ou leurs adhérences ne se prêtent pas à la technique de Doyen; les deux étant d'ailleurs excellents, je crois que le procédé de Doyen sera de plus en plus applicable à tous les cas. J'ai pu le pratiquer dans des conditions assez délicates, puisqu'il s'agissait dans un cas d'adhérences unissant la face postérieure de l'utérus à la cavité pelvienne. Je n'ai donc rien à ajouter à la manière de voir de M. Segond.

Mais je veux appeler l'attention de la Société sur un point intéressant : le drainage par la cavité vaginale après l'ablation de l'utérus. Doyen ferme le vagin et fait une suture en bourse du péritoine. D'autres aiment mieux le drainage. Pour moi, j'associe les deux procédés : une mèche de gaze iodoformée introduite dans le vagin assure l'écoulement des liquides, pendant qu'au-dessus une suture en bourse du péritoine pelvien ferme l'étage inférieur de l'excavation. On arrive ainsi à fermer la cavité abdominale, pendant qu'un drainage assure la propreté des parties opérées.

Il ne me reste plus qu'à faire connaître ma statistique. Sur 16 cas d'hystérectomie abdominale totale, j'ai eu 3 décès.

Cette statistique n'est pas pour accuser l'opération. Dans le premier des cas qui se sont terminés par la mort des opérées, il est sûr que la malade a succombé au shock. La seconde a succombé à une péritonite purulente ; la troisième à de la septicémie gazeuse occasionné par une piqûre malpropre, faite par la garde. Je le répète, c'est à des causes accessoires qu'il faut attribuer les trois morts qui assombrissent ma statistique.

M. Quénu. — La communication de M. Richelot soulève une série de questions qui embrassent la moitié de la gynécologie :

1° Faut-il en cas d'accidents, supprimer l'utérus de parti pris ?

Quels sont les résultats immédiats comparés ? Quels sont les ré-

sultats définitifs des opérations totales ou des opérations économiques ?

2° Si l'on adopte l'extirpation utéro-ovarieene, faut-il préférer la voie abdominale à la voie vaginale ?

3° La même discussion relative au choix des procédés abdominaux ou vaginaux est applicable aux fibromes ; pour ma part, je conserve mon éclectisme et les 32 derniers fibromes que j'ai opérés par voie vaginale, et qui tous se sont terminés par la guérison ne sont pas faits pour me détourner de la voie vaginale ;

4° Étant donné qu'il s'agit d'un gros fibrome échappant à la voie vaginale, quelle est la technique préférable ?

Je me rallie pour ma part au procédé américain ; je viens encore de l'appliquer, il y a quelques jours, pour un gros fibrome enclavé dans les ligaments larges, et je n'ai eu qu'à m'en louer. Mais qu'on ouvre le vagin par le cul-de-sac postérieur ou par le côté, je tiens à insister sur un point qui n'a pas été mis en lumière : c'est que, selon moi, il est tellement difficile, impossible même, d'être sûr de l'asepsie vaginale, qu'il faut avant tout se garder de mettre le doigt dans le vagin : quelle que soit la préparation, quels que brossages et lavages qu'on ait pratiqués, le fond du vagin n'est pas aseptisé d'une façon certaine ; je condamne donc les procédés qui consistent, le cul-de-sac postérieur étant ouvert, à introduire le doigt dans le vagin et à inciser sur ce doigt comme guide soit le cul-de-sac antérieur, soit les culs-de-sac latéraux.

Quant au drainage, j'en suis partisan, mais je pense qu'il y a aussi intérêt à fermer le vagin ; je suture donc l'orifice du vagin, puis le lambeau péritonéal est appliqué sur le moignon vaginal. Je place toujours un drain dans le cul-de-sac postérieur, *drain que je fais sortir par la plaie abdominale.*

M. Richelot. — Je vous demande la permission de ne pas répondre aujourd'hui à ceux d'entre vous qui m'ont pris à partie sur l'hystérectomie abdominale totale, et de remettre au mois d'octobre la clôture de cette discussion. J'espérais pouvoir écouter, sans intervenir de nouveau, les discours que devait naturellement susciter ma communication ; je me promettais de recueillir vos réflexions, d'en faire mon profit, et de ne pas prolonger la discussion sur des détails d'importance secondaire, alors que sur les points principaux nos opinions diffèrent peu et nos pratiques se ressemblent.

Malheureusement pour moi, la description que j'ai portée à cette tribune semble n'avoir pas été entièrement comprise, et la clarté que j'ai voulu lui donner ne m'a pas défendu contre certains arguments qui ne sont pas d'une justesse absolue et appellent une réfutation. Je suis donc mis en demeure de défendre ce que j'ai dit ;

et je le ferai d'autant plus volontiers, que la question en vaut la peine. Il sera intéressant de montrer, avec une précision nouvelle, à quelle sûreté d'exécution est arrivée l'hystérectomie abdominale entre les mains de plusieurs d'entre nous.

Il est toujours curieux, quand on suit nos discussions, de voir combien l'orateur qui parle trouve simple, efficace et logique tout ce qu'il recommande, obscur, difficile et dangereux tout ce qu'a vanté son voisin; alors même que les idées du voisin sont proches des siennes, et son langage peu différent.

C'est bien ce qui nous arrive. Nous avons presque tous contribué, depuis quelques années, aux perfectionnements de l'hystérectomie abdominale; tous nous avons réduit peu à peu notre outillage et simplifié notre pratique. Si nous ne faisons pas tous identiquement la même opération, c'est que, tout en nous imitant les uns les autres et faisant de l'enseignement mutuel, nous ne pouvons pas nous copier servilement. Des habitudes personnelles, des nuances de doigté nous sépareront toujours. Mais au fond, nous sommes arrivés au même but, et ce ne sont plus que des nuances qui nous séparent.

Je trouve le procédé de Doyen excellent, et plus encore le procédé américain. Si j'en ai un troisième — au moins pour les fibromes — c'est que la suite de mes travaux m'y a conduit à peu près en même temps que Doyen faisait connaître le sien, et avant que celui des Américains me fût connu. Ce procédé, c'est le terme auquel je suis arrivé sans copier personne, mais en m'inspirant de tous. Peut-être n'est-il pas supérieur aux autres, mais il se place à côté d'eux, car j'ai pu dire qu'il consistait à « isoler l'utérus comme une tumeur quelconque au milieu des tissus » et le caractériser dans les termes suivants : « Il se recommande moins par des détails nouveaux et personnels que par l'abandon systématique de tout ce qu'il est inutile de faire. S'il a une prétention, c'est d'être — au moins pour moi et pour le moment où j'écris — le dernier mot de la simplicité. » Voilà pourquoi j'ai à cœur de soutenir qu'il ne mérite pas certains reproches que vous lui avez adressés.

Quant à la variante que j'ai proposée pour les suppurations pelviennes graves, elle mérite d'autant moins ces reproches qu'elle se réclame formellement des procédés américains justement préconisés par vous.

Telles sont, Messieurs, les idées que je développerai de nouveau quand nous aurons plus de loisir ; et cela, j'espère, montrera une fois de plus que vous faites très bien l'hystérectomie, en même temps que je ne la fais pas trop mal.

Rapports.

I. *Paralysie du nerf cubital par compression cicatricielle. Libération du nerf. Guérison,* par M. Julié, médecin-major à l'hôpital militaire de Versailles.

Rapport par M. ROUTIER.

Je viens, au nom de la Commission dont vous m'avez nommé rapporteur, vous rendre compte d'une très intéressante observation que nous a adressée M. le docteur Julié, médecin-major à l'hôpital militaire de Versailles.

Voici le résumé de cette observation :

J. A..., âgé de 22 ans, fit, il y a quatre ans, une chute dans laquelle son bras gauche porta sur le tranchant d'une faucille ; il en résulta une plaie transversale dans ce bras, portant sur la face postéro-interne et siégeant à quatre travers de doigts au-dessus de l'épitrochlée.

Sans avoir ressenti une douleur spéciale au moment de son accident, J. A... s'aperçut le soir que tout le bord interne de sa main gauche était insensible ; les mouvements de cette main étant du reste parfaitement conservés.

La plaie suppure trois semaines et se cicatrise ; trois mois après, la sensibilité était revenue dans la région innervée par le cubital et le malade avait oublié sa blessure.

Deux ans après, il était incorporé dans un régiment de dragons et suivait tous les exercices que comportait sa nouvelle situation.

En avril 1896, il s'aperçut que sa main gauche maigrissait et il se sentait moins fort.

A la fin de l'année, il ne pouvait plus tenir les guides de son cheval, et c'est pour cela qu'il fut, en janvier 1897, dirigé sur l'hôpital militaire de Versailles.

M. le Dr Julié, qui l'examina, notait un amaigrissement de la main gauche et de la partie interne de l'avant-bras, une paralysie à peu près complète et une atrophie très avancée des interosseux dorsaux et palmaires de l'éminence hypothénar et de l'adducteur du pouce.

La main a, dit l'auteur, l'aspect de la griffe cubitale.

Aucun des muscles paralysés ne paraît réagir à la faradisation. La cicatrice transversale du bras est blanche, longue de 3 centimètres, large de 1 centimètre, adhérente aux tissus sous-jacents, plus profondément ; sur le trajet du cubital, on sent une tumeur grosse comme une noix, de la consistance d'un fibrome, paraissant adhérer à la cloison intermusculaire interne et se terminant en fuseau.

Le pincement de cette tumeur produit des fourmillements dans le petit doigt.

Dans la sphère du cubital, quelques troubles vaso-moteurs et sensibilité émoussée.

C'est un sujet très fort, très robuste; il appartient cependant à une famille de névropathes.

S'agissait-t-il d'un fibrome du nerf consécutif à une plaie, ou était-ce de la compression due à l'étranglement par une cicatrice?

Le 10 février 1897, après anesthésie par la cocaïne, M. le Dr Julié, après application de la bande d'Esamarch, fit une incision de 7 centimètres sur le trajet du nerf cubital.

Sous la peau il trouva une tumeur cicatricielle dure, rougeâtre, surmontée d'un renflement olivaire du nerf.

La séparation du nerf de cette gangue fibreuse cicatricielle qui l'enveloppe et le pénètre est très laborieuse.

Libération du nerf qui était bridé, étranglé au-dessous de ce renflement. Les suites furent simples, réunion par première intention.

Le 17 mars, le malade quittait l'hôpital, les doigts avaient repris tous leurs mouvements, facilement, mais sans énergie.

Le 25 avril la guérison est complète.

Cette observation est remarquable en ce qu'elle diffère notablement de celles qui ont été publiées sur ce sujet, soit dans le traité de chirurgie, soit dans la thèse de M. Arié de 1896.

En effet, la sensibilité immédiatement supprimée après le traumatisme est revenue à peu près après trois mois. Il est probable que le nerf avait été légèrement entamé par la faucille; les symptômes auront été de suite plus accusés que la lésion anatomique.

Les phénomènes de compression ont apparu très tardivement, plus de deux ans après; ne faudrait-il pas en chercher la cause dans toute une série de mouvements nouveaux et insolites, qu'a fait le malade? L'action de tenir les rênes de son cheval nécessitait une flexion de l'avant-bras sur le bras, et des mouvements incessants de flexion et d'extension pour suivre les mouvements de tête de l'animal; il est probable que ces mouvements répétés auront fait frotter le nerf cubital sur la cicatrice et c'est consécutivement que ce sera produit ce fibrome intranerveux qui comprimait ou étouffait les tubes par hyperplasie des gaines de Schwann.

C'est ce qui explique aussi peut-être l'absence de névralgies, de douleurs qui ne manquent jamais dans les compressions nerveuses.

M. le Dr Julié a judicieusement conduit son intervention; je note la remarque qu'il fait à propos de l'anesthésie qu'il a choisie, la cocaïne.

« La dissection, difficile en elle-même, ou tout au moins très délicate à cause des connexions intimes du nerf avec la cicatrice fibreuse, a été singulièrement facilitée par les indications que le sujet a pu nous donner, grâce à l'emploi de la cocaïne, dont l'effet anesthésique a été d'ailleurs très suffisant. »

D'après ces paroles, il semble cependant que le sujet sentait le bis-

touri, peut-être était-ce un bien, personnellement j'aurais préféré l'anesthésie complète.

La guérison a été rapide, sans le secours de l'électricité ou tout autre adjuvant, et malgré la dissociation forcée des fibres superficielles du nerf.

Cette observation, que j'ai cru devoir rapporter presque en entier à cause de son intérêt, fait le plus grand honneur à M. le Dr Julié. Je vous propose de lui adresser nos remerciements et à déposer son observation dans nos archives.

II. — *Hypertrophie congénitale et progressive des deux glandes sublinguales chez un enfant nouveau-né*, par MM. J. Braquehaye et J. Sabrazès, agrégés à la Faculté de Bordeaux.

Rapport par M. A. BROCA.

Le 19 septembre 1896, on amenait à l'hôpital des Enfants, un jeune garçon de 6 mois ayant une tumeur sublinguale solide, simulant une double langue et empêchant l'allaitement. Elle fut aussitôt extirpée. Elle occupait, de chaque côté, la loge sublinguale et offrait l'aspect de deux petites amandes accolées par leur extrémité.

Les suites opératoires furent bonnes localement; mais très rapidement, l'enfant atteignit une maigreur extrême qui durait encore six mois après l'opération.

L'examen histoologique montrait qu'il s'agissait d'une hypertrophie de la glande sublinguale, sans phénomènes d'infiltration interstitielle. Quand on compare les coupes à celles d'une glande normale d'un enfant du même âge, on n'est guère frappé que par l'augmentation de volume de l'organe, par une certaine inégalité anormale de forme et de dimension des lobules et des acini, par les tendances prolifératives des éléments glandulaires sécréteurs et excréteurs, par l'atrésie de quelques culs-de-sac et, enfin, par l'absence d'inflammation interstitielle marquée.

S'agit-il d'une hypertrophie congénitale ? En faveur de cette opinion, on peut invoquer la coexistence de la lésion avec trois hernies chez le petit malade, la bilatéralité des lésions et la présence d'un pied bot et d'un hydramnios chez deux collatéraux.

Parmi les néoplasmes, seul l'adénome pourrait être mis en cause; mais la bilatéralité ne s'observe guère. D'ailleurs, on ne trouverait pas une telle régularité des acini, pas plus que leur groupement en lobules, centrés chacun par un canalicule salivaire. L'épithélium sécrétoire n'aurait pas un aspect normal.

Il ne saurait être question d'une grenouillette, les voies excrétrices étant parfaitement libres et toute cavité kystique faisant complètement défaut.

Au cours de certaines infections ou intoxications, dans le saturnisme, par exemple, on peut voir des inflammations chroniques et torpides amenant des hypertrophies indolores qui rétrocèdent lentement.

Mais, lorsqu'on a constaté la tumeur sublinguale, quelques jours après la naissance, l'enfant était bien développé; il pesait 4 kilos. L'état d'athrepsie n'est survenu que plus tard.

M. Pilliet, auquel les préparations ont été soumises, tout en reconnaissant la difficulté de leur interprétation, s'est demandé s'il ne fallait pas voir là une modification de structure subordonnée à un trouble du système nerveux, comme il en survient dans les parotides des tabétiques atteints de sialorrhée. Mais ici, on ne retrouve aucun phénomène d'ordre nerveux. La dentition en particulier n'a commencé que longtemps après la tumeur, dont on s'est aperçu aussitôt après la naissance. On voit de quelles objections sont passibles ces diverses opinions. Parmi celles-ci, deux sont surtout plausibles :

1° Celle d'une macroadénite congénitale, véritable malformation par excès, tendant à s'accroître après la naissance;

2° Celle d'une inflammation sourde, chronique, congénitale, liée, soit à une infection torpide, soit à une intoxication autochtone ou exogène de cause inconnue.

Quelle que soit l'interprétation à laquelle on s'arrêtera, c'est une observation qui pourra servir à l'étude des tumeurs de glandes sublinguales, qui sont encore presque inconnues en dehors de la grenouillette et de l'épithélioma. Les faits de ce genre sont exceptionnels et je me propose de remercier MM. Braquehaye et Sabrazès de nous en avoir communiqué un.

Présentations de malades.

1° M. Schwartz présente à la Société une jeune fille atteinte d'un angiome profond, diffus, de la moitié de la face gauche et que depuis trois ans il a traité par l'électrolyse.

« Quand elle est venue me consulter en 1894, dit M. Schwartz, la joue présentait le triple de son volume normal et gonflait considérablement dès que la malade baissait la tête; elle éprouvait en même temps des lourdeurs et de véritables douleurs très vives, surtout aux changements de température.

« Je lui ai fait, la première année, environ 50 piqûres avec l'aiguille positive; la seconde et la troisième année, après un repos de quatre mois environ, une centaine de piqûres encore, et vous pouvez actuellement constater le résultat du traitement. Elle est guérie; la cicatrice qu'elle présente provient d'une tentative d'exérèse faite à Athènes, qui a été interrompue immédiatement par l'hémorrhagie considérable qui s'est produite ».

M. Walther présente un homme opéré en 1894 pour une luxation ancienne de la hanche (ovalaire); la tête fut réséquée et l'extrémité du fémur replacée dans la cavité cotyloïde. Mais cette extrémité du fémur se déplaça à nouveau, et aujourd'hui, le malade marche très mal avec une très forte claudication.

Discussion.

M. Ricard. — J'ai fait l'un des premiers la résection de la sphère fémorale avec réintégration dans la cavité cotyloïde du moignon de col persistant. J'ai obtenu un excellent résultat que vous avez contrôlé ici même, et vous avez vu que les mouvements de flexion, d'extension et d'abduction étaient conservés.

M. Quénu. — J'ai présenté ici même un malade à qui j'avais fait la résection de la hanche pour une luxation ancienne, longtemps avant que le fait de M. Ricard fût publié.

M. Reynier. — J'ai fait cette résection pour le même cas en 1890.

M. Nélaton. — Dans le rapport que j'ai fait autrefois sur la communication de notre collègue Ricard, j'ai dit qu'il avait été le premier à faire la résection de la sphère fémorale en conservant le col dans le but de replacer le col dans la cavité colyloïde. M. Ricard réalisait ainsi pour une luxation traumatique ancienne, ce que Margary avait essayé de faire pour les luxations congénitales. Or, je crois que c'est effectivement M. Ricard qui, pour une luxation traumatique, fit cela le premier, et je suis sûr que son résultat fut fort beau, car j'ai vu ici son malade jouissant de presque tous les mouvements de la hanche.

2° M. Routier présente un malade auquel il a fait l'amputation du pied suivant le procédé de Ricard.

3° M. Reclus. — Voici un malade atteint de fracture de jambe que

je traite par l'appareil ambulatoire. Je l'ai amené pour que vous puissiez constater la facilité de sa démarche.

4° M. Robert présente un inspecteur des milices qui, dans un combat au Tonkin, le 8 décembre 1896, a été atteint d'un coup de feu en enfilade qui a fracturé comminutivement le maxillaire inférieur, labouré le plancher buccal et traversé l'épaule et l'aisselle droites.

De la blessure du maxillaire est résultée la perte de 5 dents : 2 incisives, la canine et deux molaires avec la portion correspondante du maxillaire à droite, par suite, il y a eu déviation en dedans de la branche gauche, discordance des arcades dentaires, refoulement de la langue, gêne de la mastication en partie due à la pseudarthrose persistante.

« Le 29 mars 1897, déclare M. Robert, j'ai mis à découvert les fragments du maxillaire qui, après avoir été régularisés et libérés des adhérences fibreuses assez serrées, ont été maintenus écartés par un arc de platine dont les extrémités, surmontées d'ailettes à œillets, ont été enchassées dans le canal dentaire et fixées par des fils métalliques entrecroisés *en* X, reliant les ailettes à chacun des fragments. La suture des muqueuses linguale et labiale et la suture cutanée, se sont effectuées de manière à enfouir complètement sous les parties molles, l'arc métallique interposé.

« La tolérance de ce squelette métallique, qui semblait acquise au début, ne l'est pas maintenant, car il persiste actuellement un petit trajet fistuleux au niveau du menton, l'écartement des fragments du maxillaire est satisfaisant, la consolidation est suffisante et, grâce à l'application d'une pièce prothétique reliée aux dents voisines par une chape perforée formant gouttière, la mastication est possible, il ne reste qu'un peu de déviation à droite de l'ensemble du maxillaire inférieur, déviation très accusée avant l'intervention.

« La fixité permanente de l'arc métallique interposé entre les fragments d'un maxillaire inférieur affecté de perte étendue de substance est loin d'être démontrée ; les résultats favorables présentés par M. Delorme ne se sont pas maintenus sur plusieurs de ses opérés, je crains donc pour mon blessé de ne retirer qu'un bénéfice insuffisant, et je n'ose pas lui promettre une consolidation durable lui permettant de retourner dans les colonies ; les sutures osseuses, au voisinage de la cavité buccale, amènent le plus souvent une ostéite raréfiante qui bientôt occasionne la dislocation de l'assemblage.

5° *Résection totale (Extirpation) de l'omoplate et de l'extrémité externe de la clavicule pour un sarcome récidivé de l'épaule droite.*

Par M. PAUL BERGER.

Mlle X..., âgée de 21 ans, m'avait été amenée en septembre 1894 pour une tumeur volumineuse occupant la nuque et la région supérieure du scapulum, débordant même sur la région sus-claviculaire. Cette tumeur, plus grosse que le poing, avait déjà été l'occasion d'une première intervention. Dès 1891, la malade s'était aperçue du développement d'une saillie occupant le même siège, saillie qui ne la faisait pas souffrir et ne lui causait aucune gêne. En 1893, pendant un voyage qu'elle fit à Tunis, un chirurgien allemand de cette ville enleva cette tumeur qui avait environ le volume d'un œuf de poule ; cette ablation avait été suivie d'une récidive presque immédiate. Quand la malade me fut amenée la première fois (en 1894) par M. le Dr Decori, la tumeur récidivée était mobile ; elle paraissait s'être développée dans le muscle trapèze. Elle fut extirpée sans difficultés opératoires notables et sans complications. Au bout d'un mois la malade put retourner en Corse ; elle ne conservait pas de gêne notable des mouvements du cou et de l'épaule. L'examen de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un sarcome.

En avril 1897, M. le Dr Decori, revoyant la malade dans un voyage qu'il fit en Corse, constata l'existence d'une nouvelle récidive et conseilla à la malade de revenir me trouver. Elle arriva à Paris en mai dans l'état suivant :

Toute la partie supérieure de l'omoplate, l'épine, le bord supérieur ainsi que la fosse sus-épineuse et une partie de la fosse sous-épineuse sont recouvertes par une tumeur qui, en dehors, atteint et déborde la saillie de l'acromion qu'on peut encore sentir ; qui, en dedans, s'étend jusqu'à la rangée des apophyses épineuses dorsales supérieures et cervicales inférieures. En avant, elle recouvre le creux sus-claviculaire et l'extrémité externe de la clavicule jusqu'aux insertions du cléido-mastoïdien, de telle sorte que l'on ne peut sentir l'artère sous-clavière battre sur la première côte, les seules parties de l'omoplate que l'on puisse encore sentir étant l'angle inférieur de cet os et la pointe de l'acromion.

La tumeur est très dure, en partie adhérente à la peau au niveau des cicatrices de l'ancienne opération. Sa forme est régulière, plutôt aplatie. Elle suit les déplacements de l'omoplate, mais on constate que tout en lui étant intimement unie, elle présente sur cet os un faible degré de mobilité : quoique s'étendant jusqu'au contact des apophyses épineuses, des vertèbres, elle ne leur adhère nullement et elle ne leur semble unie que par les insertions des muscles envahis par la néoplasie.

Les mouvements du membre supérieur et toutes ses fonctions sont parfaitement conservés ; les battements de l'humérale, de la radiale, paraissent égaux à ceux du côté opposé : il n'existe aucun phénomène

de compression du plexus brachial. Pas d'engorgement ganglionnaire appréciable dans l'aisselle.

Le diagnostic fut établi : sarcome deux fois récidivé développé primitivement dans le muscle trapèze, adhérent à l'omoplate et à la clavicule par les insertions de ce muscle. L'état de la malade étant aussi satisfaisant que possible, je résolus de pratiquer l'extirpation de la tumeur avec l'omoplate et l'extrémité externe de la clavicule, en conservant le membre supérieur, si toutefois aucune propagation imprévue do la néoplasie au niveau des nerfs et des vaisseaux axillaires ne me forçait à le sacrifier au cours de l'opération. Celle-ci fut faite le 2 juin en présence de M. le Dr Decori et avec l'assistance de mon collègue M. L. Picqué.

Opération. — Une incision de 20 centimètres de long, parallèle au bord supérieur de l'omoplate et sur les deux extrémités de laquelle viennent aboutir deux incisions dont l'une longe la ligne des apophyses épineuses, l'autre circonscrit les attaches supérieures du deltoïde, permet de découvrir rapidement la face postérieure de la tumeur et son bord supérieur et antérieur ; on constate que celle-ci s'est bien développée dans le muscle trapèze qui est envahi en entier jusqu'à ses insertions mêmes à l'omoplate et à la clavioule.

Je dégage alors la partie moyenne de la clavicule, je l'isole avec soin avec la rugine, je la sectionne avec la scie ordinaire sur un écarteur placé au-dessous d'elle pour protéger les vaisseaux et les nerfs.

J'attaque aussitôt les insertions du deltoïde que je divise un peu au-dessous de leurs attaches à la clavicule et à l'omoplate sans écoulement sanguin notable ; je découvre la capsule de l'articulation scapulo-humérale et je la sectionne circulairement au ras des pourtours de la cavité glénoïde ; les tendons du biceps, du triceps, des muscles scapulaires sont divisés à mesure qu'ils se présentent. Les insertions qui se font à l'apophyse coracoïde sont sectionnées en dernier lieu avec beaucoup de précautions.

Aussitôt après la section de la clavicule, glissant le doigt au-dessous de la tumeur, j'avais pu m'assurer qu'elle n'adhérait ni aux troncs nerveux, ni aux vaisseaux : je dégageai très rapidement le bord supérieur, puis le bord axillaire de l'omoplate, saisissant à mesure que je les découvrais les rameaux artériels et les troncs veineux qui les abordent et, renversant l'omoplate et la tumeur en arrière, j'abrasai toutes les insertions musculaires qui se font au bord spinal et en dernier lieu toutes les attaches que la tumeur avait contractées avec les muscles des gouttières vertébrales et avec les apophyses épineuses dorsales et cervicales.

L'hémostase définitive fut longue et minutieuse ; plus de vingt ligatures durent être placées sur les rameaux divisés. Je ramenai autour de la tête humérale le manchon capsulaire et je le fermai par une suture en bourse ; les muscles sectionnés furent abandonnés. Les incisions superficielles furent réunies par une suture au crin de Florence et des tubes à drainage de gros calibre entourés d'une mèche de gaze iodoformée, furent placés au niveau des angles de réunion : une contre-ouver-

ture où fut mis un gros drain fut pratiquée à la partie la plus déclive de la cavité créée par l'ablation de la tumeur.

L'opération avait duré quelques minutes (une dizaine tout au plus) jusqu'au moment où la tumeur et l'omoplate furent enlevées : l'hémostase, la suture, le pansement durèrent près d'une heure. La malade ne perdit pas en tout 40 grammes de sang ; elle ne parut nullement se ressentir de l'opération.

Le pansement, qui consistait en un appareil ouaté compressif, comprenant le membre supérieur jusqu'au poignet, fut traversé par le suintement sanguin et dut être renouvelé le troisième jour. Les tubes à drainage furent retirés un peu trop tôt, aussi y eut-il un peu d'accumulation dans les régions inférieures et fallut-il rétablir le drainage que l'on avait supprimé. Il y eut également quelque élimination de tissus fibreux pris dans une ligature au niveau du moignon de l'épaule. A part ces incidents, la guérison se fit sans complication aucune.

Aujourd'hui, moins de deux mois après l'opération, la malade se sert de sa main et de son avant-bras. Le moignon de l'épaule est encore très tombant, mais il paraît se raffermir ; les mouvements qui se passent entre l'extrémité supérieure de l'humérus et le tronc sont très libres, mais, bien entendu, ceux d'élévation et d'abduction du bras restent supprimés. La malade va partir pour la Corse ; elle reviendra dans un an pour nous faire voir le résultat fonctionnel de l'opération et je ne manquerai pas à cette époque de la présenter à la Société. *L'examen de la tumeur* montre qu'elle est en effet limitée au trapèze mais qu'elle occupe la totalité de ce muscle et toutes ses insertions au niveau desquelles elle se confond avec le périoste de l'épine scapulaire, de l'acromion, de la clavicule, sans que ces os soient néanmoins envahis ni altérés en aucune façon. Les muscles sous-jacents, notamment le muscle sus-épineux, ne participaient pas à la néoplasie.

La tumeur est dure, homogène à la coupe, ayant toutes les apparences d'un sarcome fasciculé assez vasculaire. *L'examen histologique*, pratiqué par M. Bezançon, montre un tissu formé de cellules fusiformes très allongées, agencées en faisceaux ; ces faisceaux n'ont pas tous la même direction et la coupe montre, selon les points, leur section transversale ou longitudinale. La direction des faisceaux est en général commandée par des capillaires très nombreux, anastomosés les uns avec les autres. Sur aucun point on ne trouve de cellules à myéloplaxes. Entre les faisceaux, on retrouve souvent du tissu conjonctif déjà un peu organisé, mais on ne voit sur aucun point de tissu myxomateux. A la périphérie de la tumeur, sous la capsule qui la limite, sont quelques vestiges des muscles aux dépens desquels la tumeur s'est développée. En résumé, il s'agit d'un fibro-sarcome.

La résection totale (extirpation) de l'omoplate est une opération plus facile et moins grave qu'on ne serait disposé à le croire. Wilhelm Schultz [1], qui a réuni la plupart des faits de cet ordre qui ont été publiés, a trouvé l'indication de 28 cas de résection totale pour tumeurs malignes pratiqués depuis 1875, avec 2 morts dues

à l'opération, 2 autres morts qui ne doivent pas lui être attribuées, 5 récidives ; en revanche, 18 guérisons constatées, dont 3 au bout d'un temps assez long. La mortalité est donc peu élevée et les complications opératoires peu à craindre.

Au point de vue de la technique opératoire comme au point de vue de l'indication, la seule difficulté réside dans l'ignorance où l'on est souvent de la situation des vaisseaux sous-claviers et des branches terminales du plexus brachial qui sont cachés par la tumeur ; si ces organes sont envahis par la tumeur, la résection ne peut suffire et il faut avoir recours à l'amputation interscapulo-thoracique.

J'ai déjà démontré, dans l'ouvrage que j'ai fait paraître sur cette opération[2], que le procédé de choix pour la pratiquer doit comprendre, comme premier temps, la résection de la partie moyenne de la clavicule, qui seule permet d'arriver directement aux vaisseaux et de s'assurer de leurs connexions avec la tumeur. La même règle s'applique à la résection totale de l'omoplate. La section préalable de la clavicule permet de découvrir les vaisseaux et les nerfs, de constater leurs connexions avec la tumeur et de décider si la résection de l'omoplate peut être pratiquée avec chances de succès ou s'il faut avoir recours à l'interscapulo-thoracique (amputation du membre supérieur dans la contiguïté du tronc). En pratiquant d'emblée cette section, on peut dégager, dès les premiers temps de l'opération, l'angle externe de l'omoplate et, après avoir divisé la capsule de l'articulation scapulo-humérale et les insertions musculaires, il est facile de pratiquer l'extirpation de cet os en procédant de dehors en dedans, de l'angle externe vers le bord spinal, en réservant pour la fin la section des rameaux vasculaires les plus nombreux.

Je crois donc qu'on peut régler le manuel opératoire de la résection totale de l'omoplate de la manière suivante, dans les cas de tumeur de l'omoplate recouvrant les vaisseaux sous-claviers et ne permettant pas de reconnaître à l'avance leurs rapports avec la masse à enlever :

1° Découvrir la partie postérieure et supérieure de la tumeur par des incisions suffisantes ;

2° Sectionner la clavicule vers sa partie moyenne, écarter les fragments, reconnaître l'état des vaisseaux et des nerfs ;

3° Si ces organes ne sont pas envahis, raser les attaches mus-

[1] W. Schultz, Zur Statistik der totalen Entfernung des Schulterblattes (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1896, n°s 4 et 5, t. XLIII, p. 443).

[2] P. Berger, *l'Amputation du membre supérieur dans la contiguïté du tronc.* Paris, Masson, 1887.

culaires du deltoïde à la clavicule et à l'omoplate, désinsérer la capsule scapulo-humérale de la cavité glénoïde, couper les muscles qui se portent de l'omoplate à l'humérus, diviser les insertions musculaires qui se font à l'apophyse coracoïde ;

4° Dégager le bord supérieur et le bord axillaire du scapulum ; le renverser en arrière en détachant la fosse sous-scapulaire du tronc et finir en coupant les attaches musculaires qui relient le bord spinal au tronc.

Ces règles pourront varier suivant les circonstances particulières résultant du volume et du développement prédominant de la tumeur vers telle ou telle région de l'épaule ; elles concernent surtout les cas où la tumeur adhère à la clavicule ou recouvre son extrémité externe en même temps que le creux sus-claviculaire. Dans ces conditions, l'on peut établir qu'en principe, *dans la résection totale de l'omoplate pour tumeurs, comme dans l'amputation inter-scapulothoracique, la section de la clavicule doit être le premier temps de l'opération.*

Discussion.

M. Périer. — Dans un cas analogue à celui que vient de nous présenter M. Berger, je n'ai pas enlevé la totalité de l'omoplate. J'ai scié l'acromion et j'ai coupé la capsule scapulo-humérale au niveau des insertions glénoïdiennes. De telle façon qu'une fois l'omoplate détachée, on voyait la tête humérale au fond de la plaie, encapuchonnée par sa capsule articulaire comme le gland l'est par son prépuce. Cette manière de faire me paraît simple et doit être suivie dans le cas où la section de l'acromion est possible.

Présentation d'instruments.

M. Richelot présente un autoclave destiné à la stérilisation des catguts. Cet autoclave est de la fabrication de M. Dubayle, du Nicaragua.

Présentations de pièces.

1° M. Cerné (de Rouen) présente une pièce d'anévrysme artério-veineux de la fémorale au tiers moyen de la cuisse, résultant d'un coup de couteau.

L'artère et la veine portent chacune deux perforations longitu-

dinales et toutes deux portent une poche anévrysmale appendue symétriquement à leur perforation externe, la communication entre les deux se faisant par les perforations internes, immédiatement en contact.

2° M. Reynier présente un fibrome de 3 livres et demie. Ce fibrome était implanté par un pédicule sur la crête iliaque. Il s'était développé depuis neuf mois chez un homme de 24 ans et était accompagné de douleurs vives. M. Reynier établit un parallèle entre ces fibromes iliaques et les fibromes naso-pharyngiens, tous deux développés aux dépens du périoste de la région.

Discussion.

M. Quénu. — Le rapprochement entre les fibromes iliaques et les fibromes naso-pharyngiens ne me paraît en aucune façon justifié. Les fibromes naso-pharyngiens sont d'une vascularisation extrême. Ce sont de véritables fibromes angiomateux.

3° M. Reynier présente en outre deux chiens. Sur le premier, il a fait une résection partielle, puis la suture du cholédoque. Sur le deuxième, il a fait de même une résection, puis la suture circulaire de l'uretère.

Au cours de la séance, MM. Th. Anger, Championnière, Tuffier, Michaux ont été désignés pour représenter la Société de chirurgie au Congrès de Moscou.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

Nélaton.

Seance du 6 octobre 1897.

Présidence de M. Delens.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

M. Delens fait part à la Société de chirurgie de la mort do M. Surmay (de Ham), membre correspondant.

M. Routier remet une observation de M. Julié intitulée : *Paralysie complète de la jambe, produite par compression cicatricielle du nerf sciatique, guérie par le massage violent et les eaux de Bourbon-l'Archambault.*

Discussion sur l'occlusion intestinale.

M. Quénu. — Je ne puis souscrire aux conclusions absolues de M. Broca, bannissant l'anus contre nature de la thérapeutique de l'occlusion intestinale. Je lui demande de faire au moins exception pour les cas d'occlusion reconnaissant pour cause une paralysie intestinale ; ces occlusions surviennent chez les vieillards, chez certains malades atteints de cancers de l'estomac, mais, chez d'autres aussi qui n'offrent aucune lésion organique.

J'ai opéré, à Dijon, il y a cinq ou six ans, avec le Dr Cottin, un vieillard de 72 ou 75 ans, atteint d'occlusion *aiguë* avec ballonnement, vomissements fécaloïdes. L'étude des symptômes et les explorations pratiquées avant la venue du météorisme, nous autorisaient à considérer comme peu probable l'existence d'un obstacle matériel.

Néanmoins, je proposai et exécutai un anus artificiel sur le cœcum : cet anus fut fait petit, sans issue de l'intestin, il représen-

tait une sorte de petite cheminée par laquelle les gaz s'échappèrent; dès le soir, des gaz étaient expulsés par l'anus; le lendemain, le malade allait à la garde-robe spontanément par l'anus normal et tous les phénomènes graves disparaissaient. Le malade guérit et fut revu trois ou quatre mois après en bonne santé. Je me proposais de lui fermer très aisément son orifice cœcal, quand il fut pris d'une pneumonie à laquelle il succomba.

Il me paraît évident que, dans ces cas, la constipation habituelle s'exagérant, est susceptible d'amener une coudure du gros intestin et un accès aigu. Je pense que si les lavements, après un purgatif administré, n'ont donné aucun résultat, on doit recourir à l'électrisation et, après échec, à la confection d'un petit anus cœcal.

M. Kirmisson. — J'ai été étonné, moi aussi, d'entendre dire par M. Broca qu'il considérait la laparotomie comme la méthode générale de traitement de l'occlusion intestinale.

Je tiens à répéter ce que je disais dans les discussions qui se sont élevées ici autrefois : à savoir que le diagnostic de la variété et du siège de l'occlusion *était ordinairement possible.*

A l'appui de cette opinion, que je soutiens encore aujourd'hui, je citerai l'observation d'une jeune fille de 18 à 19 ans chez laquelle des phénomènes d'obstruction à marche lente avaient donné naissance à un météorisme énorme. Au moment où je vis cette jeune fille, elle avait, outre le météorisme dont je parle, des vomissements fécaloïdes et, par le toucher, on reconnaissait, dans la région de l'S iliaque, un obstacle produit par un volumineux ostéosarcome du bassin.

Comme traitement, je fis un petit anus contre nature sur l'S iliaque et la malade, débarrassée des accidents d'occlusion, put vivre quelque temps.

Je crois que ce serait une grande erreur de croire que la laparotomie soit la méthode générale de traitement des occlusions. Je prétends que nous pouvons souvent faire le diagnostic des causes de l'occlusion et que, d'après ce diagnostic, nous recourrerons soit à la laparotomie, soit à l'entérotomie, chaque cause comportant ses indications.

M. Reclus. — Je suis de l'avis de M. Quénu et de M. Kirmisson et je puis vous rapporter l'histoire d'un vieillard atteint d'occlusion intestinale dont la cause était probablement de la paralysie intestinale.

J'avais été appelé auprès de cet homme, qui se trouvait dans un milieu où une opération exigeant une antisepsie réelle était difficile, d'autre part, les accidents étaient menaçants; je fis l'entérotomie, j'établis sur le gros intestin un anus artificiel de petit

calibre, l'évacuation se fit et le malade guérit fort simplement. Le résultat de cette simple intervention fut fort beau.

M. Berger. — Je crois le diagnostic des causes de l'occlusion toujours fort difficile. Lorsqu'on pratique la laparotomie, on ne trouve même pas toujours la cause des accidents.

L'an passé, j'ai vu, avec M. Nélaton, un homme jeune encore (une quarantaine d'années environ) qui avait eu, à plusieurs reprises, des crises d'occlusion aiguë. Toutes, jusque-là, avaient cédé à un traitement médical. La dernière, pour laquelle nous étions appelés, était plus pressante. Je fis une large laparotomie latérale dans la région cœcale. Je vis le cœcum et le côlon ascendant entièrement distendus, l'obstacle siégeait évidemment à l'union du côlon ascendant et du côlon transverse, mais je ne pus le découvrir ni l'atteindre ; je fis un anus contre nature sur le cœcum ; l'intestin se vida ; au bout de quelques jours, l'écoulement des matières par le bout inférieur reprit son cours ; l'anus artificiel se ferma spontanément et, depuis un an, ce malade est guéri sans avoir jamais présenté à nouveau aucun phénomène de constipation.

Je pense donc que le diagnostic de la nature de l'occlusion, toujours difficile, ne sera pas constamment établi par la laparotomie et que, dans bien des cas, l'entérotomie restera une opération utile.

M. Segond. — Je veux protester contre la proposition de M. Broca qui nous présente la laparotomie comme la méthode générale du traitement des occlusions et je veux dire tout le bien que je pense de la méthode qui nous permet d'intervenir chez des malades anéantis, épuisés par cinq ou six jours d'accidents d'occlusion. L'anus contre nature nous permet d'agir dans de telles conditions sans provoquer le shock et la mort immédiate comme la laparotomie le fait. Il nous permet, en un mot, d'empêcher les malades de mourir, car cette opération simple, qui consiste à ouvrir une soupape sur l'intestin, se fait en quelques minutes et ne tue pas.

Si, comme cela se voit souvent, vous empêchez le malade de mourir par cette simple intervention, libre à vous de lever définitivement l'obstacle, une fois la vie assurée, par une opération secondaire que vous ferez régulièrement et dans les conditions voulues. C'est ce que j'ai fait pour une femme que j'opérai à Dubois par l'entérotomie. J'assurai l'écoulement des matières et la fis vivre. Puis, trois semaines plus tard, après disparition du météorisme, je reconnus une tumeur du côlon transverse que j'extirpai, enfin, je rétablis le canal intestinal par une entérotomie circulaire.

Je désire encore dire combien je crois l'entérotomie préférable à la laparotomie dans les occlusions post-opératoires, dans les occlu-

sions consécutives à l'hystérectomie vaginale, par exemple. Dans ces occlusions, où l'engouement intestinal joue certainement un rôle important, je crois qu'il importe de ne pas faire la laparotomie. Si, dans ces conditions, vous établissez une soupape sur l'intestin, si vous ouvrez une porte aux matières, les malades guérissent et la nature fait le reste, l'anus artificiel se bouche de lui-même.

A l'appui de ce que je viens de dire, je veux vous rapporter l'observation d'une jeune femme qui, à la suite d'une hystérectomie vaginale, avait présenté des phénomènes d'occlusion.

Je ne pouvais me rendre auprès d'elle et je suppliai mon collègue et ami Michaux de faire ce que j'aurais fait, l'entérotomie. M. Michaux désirait faire la laparotomie, mais il se laissa convaincre et fit, sur ma demande, l'entérotomie : la guérison simple de la malade nous fit plaisir à tous.

J'ai voulu dire ici tout le bien que je pense de l'entérotomie.

Elle empêche de mourir les malades;

Elle permet ultérieurement une intervention radicale réglée ;

Elle ne tue pas par les phénomènes de Shock comme la laparotomie le fait.

M. Nélaton. — Le diagnostic de la cause de l'obstruction intestinale me paraît dans la grande majorité des cas impossible. Habituellement, le chirurgien est mis en présence d'un malade qui, depuis plusieurs jours, ne va plus à la garde-robe. Les purgatifs et les moyens médicaux usuels ont échoué, et le chirurgien ne constate que des vomissements de nature variable et un météorisme assez prononcé pour rendre illusoire toute palpation.

Dans ces conditions, il est certainement possible que des commémoratifs indiquant, par exemple, une phlegmasie antérieure du péritoine et l'apparition brusqne des accidents fassent penser à un étranglement par brides ; que, dans des conditions opposées d'obstruction lentement, progressivement survenue, par étapes pour ainsi dire, chez une personne âgée, on puisse croire à une tumeur intestinale. Mais je pense que, dans la *très grande majorité des cas*, soit par l'absence, soit par l'insuffisance de ces commémoratifs, ainsi que par le défaut des signes physiques, le diagnostic ferme de la cause de l'occlusion restera impossible.

A l'appui de cette thèse, ai-je besoin de vous rappeler qu'il y a bien peu d'années encore, les péritonites appendiculaires étaient bien souvent confondues avec l'occlusion, et dois-je vous demander si les signes attribués aujourd'hui encore à l'invagination ou au volvulus ont une valeur bien sérieuse ?

En présence de l'incertitude du diagnostic où le chirurgien se trouve *habituellement*, je pense que la pratique qui consiste à

établir un anus contre nature, de façon à parer immédiatement aux accidents d'occlusion, est préférable à la laparotomie. En effet, la laparotomie, dans les conditions locales de météorisme abdominal où elle est pratiquée, dans les conditions d'épuisement général où on intervient, me paraît d'une gravité énorme. J'ai fait cette opération et j'ai assisté plusieurs de mes collègues en semblable occurence : j'ai toujours vu qu'il y avait une difficulté très grande à trouver l'obstacle et ensuite à réduire l'intestin météorisé lorsqu'on veut fermer la cavité abdominale. Les résultats habituellement mortels en quelques heures que j'ai vus n'étaient pas non plus faits pour m'encourager à renouveller cette opération.

Au contraire, l'anus contre nature, opération simple qui se fait en quelques minutes, est facilement supporté par les malades affaiblis. La soupape que l'on crée permet l'évacuation de l'intestin, et bien souvent, ainsi que M. Segond, que M. Berger vous le disaient tout à l'heure, à la suite de cette évacuation le cours naturel des matières se rétablit de lui-même et l'on peut songer alors à fermer l'anus artificiel, si la nature ne vous évite cette peine en amenant spontanément son oblitération. Ainsi que nos deux collègues, j'ai vu sur deux malades cette heureuse terminaison se produire.

Que si les choses ne se passent pas aussi heureusement et que le malade, sauvé des accidents qui le menaçaient immédiatement, continue à perdre toutes ses matières par l'anus artificiel, ne serat-il pas relativement simple à ce moment, le ventre étant plat et souple, l'état général étant meilleur, de recourir alors à une laparotomie secondaire pour lever cette fois l'obstacle. C'est ainsi que j'ai procédé dernièrement chez un malade que je vous présenterai dans la prochaine séance. Après avoir établi un anus qui permit à l'intestin de se vider, je sentis un épithéliome du cœcum que je réséquai. M. Segond vous a cité des faits analogues.

Je ne dis pas que l'anus contre nature n'a pas ses inconvénients ; que, placé trop haut, il n'entrainera pas la mort du malade par émaciation. Mais je crois que, mis en parallèle avec la laparotomie et pratiqué comme opération de choix, toutes les fois qu'il n'y aura pas le diagnostic de brides posé, il sauvera beaucoup plus de malades que la laparotomie.

M. Kirmisson. — Je m'élève absolument contre les assertions de M. Nélaton et je déclare qu'il soutient une *doctrine funeste* lorsqu'il prétend que le diagnostic des causes de l'occlusion est *habituellement impossible ;* je déclare qu'il soutient encore une doctrine funeste lorsqu'il rejette la laparotomie pour le plus grand nombre des cas. Il est bien obligé de le reconnaître lui-même pour les cas d'occlusion par brides ; que peut l'entérotomie ? Rien. Je le répète

encore une fois, je crois que *souvent* le diagnostic du siège et des causes de l'occlusion sera possible.

J'ai pu opérer à la Charité une jeune femme venant du service de M. Proust, qui se présentait avec des accidents d'occlusion, sur laquelle j'avais parfaitement établi le diagnostic d'occlusion par bride. Cette jeune femme était accouchée depuis trois mois et, à la suite de sa délivrance, elle avait présenté quelques symptômes d'inflammation péritonéale. Son *ventre était plat* et on sentait une véritable bride dans sa fosse iliaque ; je l'opérai par laparotomie, levai la bride et guérit parfaitement bien ma malade.

A côté de cela, chez de nombreux malades, j'ai pu porter le diagnostic de cancer de l'intestin, localiser ce cancer et faire au-dessus de l'obstacle un anus contre nature qui a permis la survie.

Je pense donc que dans l'*immense majorité des cas* le diagnostic sera possible. Et comment en serait-il autrement? Ne connaissez-vous point les symptômes propres de l'invagination, du volvulus ! Vous ferez donc ce diagnostic et, suivant la cause des accidents, choisirez entre l'anus contre nature et la laparotomie.

M. Michaux. — Les cas d'occlusion intestinale sont très dissemblables et une division s'impose tout d'abord entre les cas aigus et les cas chroniques. Pour les cas aigus, c'est à la laparotomie qu'il faut recourir ; à l'anus artificiel pour les cas chroniques. Encore faut-il, pour ces cas chroniques, que l'anus puisse être établi sur une portion basse de l'intestin, car l'anus placé haut amène le dépérissement du malade par défaut de nutrition.

De telle sorte qu'il faut tout d'abord se rendre compte du siège de l'obstacle et que l'anus artificiel ne devra être fait en fin de compte qu'après reconnaissance du siège de l'obstacle et, *comme complément d'une laparotomie* qui aura fait constater que l'obstacle ne peut être levé.

Je fais abstraction, bien entendu, de ces cas franchement chroniques où le diagnostic d'un cancer du gros intestin nettement posé permet d'établir immédiatement l'anus artificiel.

Il est, au cours des laparotomies faites dans les cas d'occlusion, une pratique que je recommande. Elle consiste à ouvrir et à vider, par une petite incision, une anse intestinale. L'anse, attirée au dehors, soigneusement isolée du péritoine, est ouverte et vidée ; l'intestin s'affaisse et les manœuvres sont singulièrement simplifiées par cette pratique. Une fois l'étranglement levé, la petite ouverture est fermée par sutures. J'ai fait cela trois ou quatre fois et toujours avec un bon résultat. Cela m'a permis de reconnaître un volvulus que je ne soupçonnais pas, d'atteindre une petite tumeur du jéjunum qui provoquait une occlusion que je pus lever.

M. Routier. — La discussion qui vient de s'ouvrir sur le traitement de l'occlusion intestinale n'est pas nouvelle ici, et sans parler des deux discussions de 1885 et 1887, je rappellerai qu'en 1890 j'ai présenté ici un mémoire sur cette question qui m'a toujours préoccupé depuis.

Si j'ai demandé la parole, c'est surtout pour appuyer la première partie de la communication de mon ami Nélaton, et pour affirmer avec lui à notre collègue Kirmisson que le diagnostic de l'occlusion intestinale aiguë est généralement très difficile et que, dans nombre de cas, je suis resté pour ma part sans diagnostic précis, bien que plusieurs fois je me sois trouvé auprès des malades avec quelques-uns de mes collègues, et des plus distingués.

En 1890, j'avais, en étudiant plusieurs cas, cherché à faire avancer la précision du diagnostic ; je me suis efforcé depuis à toujours pousser plus avant, je dois avouer que je n'ai pas fait de bien grands progrès.

M. Kirmisson nous parlait tout à l'heure de symptômes, et posait la question classique : Y a-t-il occlusion ? Où siège-t-elle ? Quelle en est la cause ? Il m'est, je dois le confesser, arrivé fort souvent d'en rester au point d'interrogation.

Moins absolu en 1886, il admettait bien, avec notre maître Verneuil, qu'il y a des cas où le diagnostic est impossible et c'est à ces cas qu'il appliquait l'anus contre nature.

MM. Le Fort, Terrier, Trélat, Monod, retournant la proposition, disaient, c'est surtout pour les cas où on n'a pas de diagnostic que la laparotomie est indiquée.

C'est cette opinion que je défendais en 1890, c'est encore, cette opinion que je défendrai en 1897, *mais il est bien entendu que la laparotomie est plus grave que l'anus contre nature.*

Comme le disait mon ami Segond, avec l'anus contre nature, on laisse mourir quelquefois le malade, on ne le tue pas ; c'est vrai dans certains cas, non dans d'autres.

J'ai vu mourir deux malades auxquels j'avais dû me contenter de pratiquer un anus contre nature, l'un assez vite après l'opération, l'autre quelques jours après et il est mort d'inanition.

Obligé par les circonstances de faire l'anus contre nature, j'avais ouvert la première anse distendue qui était venue s'offrir : or, les deux fois, cette anse était dans les premiers mètres du grêle.

Il est évident qu'un anus contre nature sur le gros intestin n'est pas comparable, mais combien y a-t-il de cas où cet anus ne donnait rien ; laissez-moi vous rappeler une observation de mon mémoire de 1890, cette femme du service de M. Berger à laquelle j'ai fait la laparotomie pour un étranglement interne et, sans diagnostic précis, j'ai pu retirer un mètre d'intestin d'une sorte de

trou limité par des parties dures ligneuses et constater que, toute résistance cessant, cet intestin se remplissait de gaz. La malade guérit.

Qu'aurait donné l'anus contre nature ?

Un point capital et sur lequel j'attirais l'attention en 1890, sur lequel je veux insister à nouveau, c'est le moment de notre intervention. Il faut aller vite, se hâter, ce n'est pas après trois, quatre, cinq jours d'occlusion que nous pouvons compter avoir des succès, et ce sont ces cas précisément où la laparotomie est, disent ses adversaires, si mortelle.

Mais qu'on nous appelle de bonne heure et j'affirme que les statistiques se relèveront.

J'ai eu le bonheur de contribuer pour une part à la guérison d'un malade : notre collègue Delbet était chef de clinique à la Charité, il me pria de voir avec lui un malade qui était en médecine pour une occlusion; ni lui ni moi ne pûmes arriver à faire un diagnostic, mais je fus très positif quant à la conduite à tenir, faites de suite, lui dis-je, une laparotomie.

Cette laparotomie faite sur l'heure et à laquelle j'assistais permit de constater que tous les symptômes étaient dus à la gangrène d'une trompe, survenue à la suite de sa torsion ; M. Delbet a du reste présenté cette malade guérie.

Qu'aurait donné ici l'anus contre nature?

Est-ce à dire qu'il faut toujours faire la laparotomie? Non, certes, et j'ai fait pour ma part des anus contre nature qui m'ont permis de sauver des malades.

Mais je ne voudrais pas laisser dire aussi que l'anus contre nature n'a pas de gravité ; certes, non, l'anus contre nature n'est pas une opération grave en elle-même et quand on la pratique sur un malade comme ceux que nous offre l'obstruction chronique ; mais il en est tout autrement quand on a affaire à l'occlusion aiguë. Tout est grave, passé un certain délai, pour la bonne raison que le sujet est au plus bas et n'a plus la moindre résistance.

Laissez-moi vous rappeler la statistique de Farquhar Curtis. La mort est fatale, dit-il, dans l'occlusion intestinale quand on n'intervient pas, et arrive du deuxième au cinquième jour dans 50 0/0 des cas.

Le traitement médical donnerait 31 0/0 de guérisons dans l'invagination, mais il est nul dans le volvulus ou l'étranglement.

La laparotomie donne, sur 328 cas, 68 0/0 de mort.

L'entérotomie donne, sur 62 cas, 48,7 0/0 de mort.

Je sais bien qu'il ne faut pas trop demander aux statistiques, on leur fait trop souvent dire et prouver ce qu'on pense soi-même.

Mais je crois qu'il est sage de dire que tout chirurgien doit être

éclectique, qu'il doit pousser aussi loin que possible son diagnostic et se laisser guider.

Dans les cas où ce diagnostic est impossible ou trop obscur, dans les cas où, d'autre part, ce diagnostic l'indique, faites la laparotomie; mais si vous voulez des succès, n'arrivez pas trop tard *et conservez comme un pis-aller* l'anus contre nature qui, bien employé, peut encore donner de très beaux succès.

M. Hartmann. — J'ai été très surpris pendant toute la première partie de cette séance en voyant un bon nombre de mes maîtres faire en quelque sorte une levée de boucliers contre mon ami Broca. M. Broca nous a parlé, je crois, d'occlusion aiguë et a préconisé en pareil cas la laparotomie. La discussion qui a suivi a pris une tournure telle qu'on pourrait presque croire que la majorité d'entre nous préfère, en présence d'une occlusion, l'anus contre nature à la laparotomie, ce qui n'est certainement pas dans la pensée des orateurs qui m'ont précédé. Il me suffira de rappeler que M. Kirmisson a parlé du beau succès qu'il a obtenu par l'anus artificie dans un cas d'obstruction par tumeur du bassin, que M. Segond nous a entretenus de paralysies post-opératoires; M. Quénu de ces cas tout spéciaux de paralysies intestinales séniles, d'autres, de cancer du gros intestin pour vous montrer que les succès de l'anus artificiel existent surtout dans les occlusions à marche chronique. La malade de M. Kirmisson avait son occlusion depuis cinquante-deux jours.

Certes, dans les occlusions à marche chronique, l'anus contre nature trouve souvent son indication. Il la trouve quelquefois dans certaines occlusions subaiguës où le diagnostic est fait. Mais dans les occlusions aiguës et ici je me trouve d'accord avec MM. Nélaton et Routier, le diagnostic et du siège et de la cause manque le plus souvent. C'est en pareil cas que *la laparotomie constitue l'opération de choix.*

Elle tue, nous dit-on. Non pas, si je m'en rapporte aux faits que j'ai observés. Le gros point dans le pronostic d'une laparotomie faite pour occlusion aiguë, *c'est le temps écoulé depuis le début de l'occlusion.* La laparotomie précoce est, on peut le dire, presque toujours suivie de guérison. Ce qui tue les malades, ce sont les traitements médicaux, les purgatifs répétés, les lavements électriques qui font perdre du temps, si bien que les malades sont laparotomisés trop tard. Ce n'est pas la laparotomie qui les tue.

L'anus contre nature, nous a-t-on dit, n'a jamais tué un malade; c'est possible, mais, à coup sûr, il en laisse mourir beaucoup. Certes, l'anus établi sur le gros intestin pour une occlusion subaiguë ou chronique donne des résultats merveilleux; mais que se

passe-t-il dans les occlusions aiguës où l'anus est fait sur une anse grêle dans la fosse iliaque droite? J'en ai vu beaucoup de ces malades au cours de mes études et je me suis bien promis d'éviter, dans la mesure du possible, semblable opération. Je conviens qu'ils se déballonnent, qu'ils souffrent moins, qu'il se fait par l'anus artificiel un flux de liquide...mais ce flux continue, continue sans cesse et le malade se vide ; il se vide tant et tant qu'il meurt vidé au bout de trente-six heures à trois jours. L'anus ne l'a pas tué, je le veux bien; il l'a laissé mourir. Il y a, du reste, des cas où l'anus contre nature est formellement contre-indiqué. Tout le monde s'accorde pour le rejeter dans le cas d'invagination intestinale. Il est aussi contre-indiqué dans toute une série d'autres cas?

Un des plus gros ballonnements abdominaux que j'aie observé correspondait à un volvulus. Il s'agissait d'un constipé habituel dont l'anse oméga remontait jusqu'à l'appendice xyphoïde. C'était la distension de cette anse qui, à elle seule, constituait le ballonnement, si bien qu'un anus artificiel eut été nécessairement pratiqué sur elle et *par là même eût été sans aucune utilité*. Chez une autre malade, j'ai trouvé une distension énorme d'une anse prise entre la paroi abdominale et un canal omphalo-mésentérique persistant ; chez d'autres, j'ai constaté des hernies rétro-péritonéales, des étranglements dans des sacs intra-abdominaux. Dans tous ces cas, l'anus artificiel eût laissé mourir les malades.

Je conclurai donc en disant qu'à part les obstructions chroniques et quelques cas *extrêmement rares d'occlusion aiguë à diagnostic précis, la laparotomie est l'opération de choix;* elle ne tue pas si elle est bien faite et à temps ; ce dont il faut se pénétrer c'est de la nécessité d'opérer rapidement, de ne pas répéter les purgatifs. Si nos statistiques ne sont pas aussi bonnes qu'elles devraient l'être, la faute en est aux médecins qui malmènent les intestins et font perdre un temps précieux. J'accorderai tout au plus que l'anus artificiel peut être fait lorsque l'on considère la partie comme perdue et que l'on veut simplement soulager les malades ; encore suis-je peu tenté de le pratiquer même en pareille circonstance.

M. Chaput. — Avec la majorité de mes collègues, je pense que le diagnostic de la cause de l'occlusion est à peu près impossible, sauf dans quelques cas exceptionnels.

Parfois même on diagnostique occlusion quand il ne s'agit que d'une péritonite ou d'une appendicite avec retentissement péritonéal.

Je voudrais maintenant insister sur *l'inutilite et les dangers de la laparotomie dans l'occlusion intestinale* avec ballonnement considérable du ventre, ce qui est la règle, du moins pour les malades qui nous arrivent à l'hôpital.

Considérons en effet les cas suivants : 1° la laparotomie vous a révélé l'existence d'une tumeur de l'instestin ; 2° ou bien un obstacle facile à supprimer, tel que bride ou invagination ; 3° ou bien enfin une simple paralysie.

En cas de tumeur de l'intestin, il me paraît contre-indiqué de pratiquer une résection ou une anastomose, opérations longues et compliquées, et qui nécessitent une coprostase qui n'est pas sans inconvénients. En effet, si la compression destinée a arrêter l'effusion des matières, est modérée, les matières fuseront et souilleront le champ opératoire ; d'autre part une compression énergique exercée sur un intestin déjà altéré est susceptible de le déchirer ou d'en provoquer la gangrène.

Renonçant aux opérations complexes vous serez donc obligés de terminer par un anus contre nature qu'il aurait été plus simple d'établir primitivement et à moins de frais.

En cas de paralysie intestinale, la laparotomie ne peut rien en général et j'ai vu plusieurs cas de ce genre où les manipulations exercées sur l'intestin n'ont nullement fait cesser la paralysie intestinale.

J'admets qu'en cas de bride, la laparotomie en permette la destruction facile et immédiate ; de même en cas d'invagination non adhérente et non gangrenée ; mais même dans ces cas particulièrement favorables, la laparotomie présente des inconvénients immenses qui contrebalancent largement ses avantages. Ces inconvénients sont la nécessité d'une large incision, et du dévidement de l'intestin, sans compter les difficultés de la rentrée des anses. Chez un malade affaibli, ces violences, jointes aux inconvénients de l'anesthésie, provoquent souvent la mort soit immédiatement soit dans les heures qui suivent l'intervention.

Notre collègue M. Michaux se louait tout à l'heure de l'entérotomie temporaire pour dégorger l'intestin et réduire le ballonnement. Je n'ai pas été aussi heureux que lui. Dans plusieurs cas l'incision de l'intestin ne m'a procuré que l'évacuation d'une seule anse. J'ai remarqué de plus qu'il était impossible d'empêcher que les matières ne bavent et ne souillent la séreuse de l'anse incisée.

L'anus contre nature est une excellente opération d'attente ; comme la trachéotomie elle remplit une indication d'urgence, qui est dans l'espèce d'évacuer l'intestin.

Aussitôt que le malade est remis de ses épreuves, on peut, ainsi que le conseillait Schede, le soumettre à une laparotomie secondaire qui, faite sur un ventre non ballonné, sera bénigne et permettra en toute sécurité toutes les tentatives rationnelles.

L'anus contre nature n'est pas seulement souverain dans les tumeurs de l'intestin, dans les paralysies, dans les compressions

et les adhérences généralisées; il donne de bons résultats même en cas d'étranglement interne, d'invagination ou de bride.

Les étranglements internes ne sont guère produits que par des torsions, des orifices larges (hernies internes) ou des brides. Dans toutes ces circonstances, l'étranglement n'existe que parce que l'intestin est distendu. Videz l'intestin et la compression cesse.

Dans le cas que nous rapportait M. Hartmann, l'anse oméga distendue remplissait tout le ventre. Il est certain que l'évacuation de cette anse aurait suffi à faire cesser la tension de l'anse tordue et les menaces de gangrène.

L'anus artificiel donne de bons résultats dans l'invagination, en évacuant le bout supérieur et en le fixant à la paroi, ce qui l'empêche de s'invaginer davantage. Je soutiens encore que même en cas de bride, l'anus artificiel suffit pour faire cesser les accidents d'étranglement.

J'ai soigné en effet, il y a plusieurs années, un jeune homme auquel M. B. Anger avait fait un anus contre nature pour une occlusion aiguë. Le malade se rétablit parfaitement, et lorsque, plusieurs mois après, je fis une laparotomie secondaire, je constatai l'existence d'une bride épiploïque qui soulevait et coudait l'intestin. L'anus artificiel avait suffi pour supprimer la compression violente exercée par la bride.

Ainsi donc, quelle que soit la cause anatomique de l'occlusion, l'anus contre nature suffit pour rendre la vie au malade, sans lui faire courir le moindre danger. Au contraire, la laparotomie ne peut, dans la majorité des cas, que se terminer par un anus contre nature et dans tous les cas sans exception elle compromet gravement la vie du malade.

Je ferai cependant une réserve pour les cas, très rares, d'occlusion aiguë avec ventre plat, ou avec un ballonnement modéré et peu tendu. Dans ces cas, on peut se contenter d'une incision courte, et avec un doigt explorer tout l'abdomen sans dévider l'intestin. Ainsi faite, la laparotomie est bénigne et ne présente que des avantages; elle mérite donc d'être conservée pour ces cas spéciaux quand l'état général est bon. Il est inutile de répéter qu'avec un mauvais état général, l'anus contre nature reste la seule opération rationnelle.

Il est bien certain que les opérations pratiquées avant la distension de l'abdomen peuvent seules donner des résultats satisfaisants. Il serait donc à souhaiter que les médecins devinssent moins temporisateurs. De ce fait, la laparotomie gagnerait beaucoup de terrain et les statistiques s'amélioreraient considérablement. Malheureusement, il n'en est pas ainsi, et dans l'immense majorité des cas on n'amène aux chirurgiens que des malades souffrant depuis

huit ou dix jours, sur lesquels on a épuisé la série des purgatifs et des lavements électriques ou autres.

Les principes suivants devraient être classiques, et rigoureusement observés :

1° Tout malade atteint d'occlusion aiguë doit être opéré immédiatement ;

2° Les malades atteints d'occlusion chronique et chez lesquels les moyens de douceur ont échoué, doivent être opérés à l'apparition des vomissements ou lorsque leur état général commence à s'altérer.

Je conseille d'exécuter l'anus contre nature dans la fosse iliaque droite à la cocaïne. L'incision sera assez longue. On ira immédiatement à la recherche du cœcum, et s'il est distendu, on l'incisera avec les précautions voulues. Si le cœcum est affaissé, on cherchera la dernière anse d'iléon et on la tirera à soi jusqu'à ce qu'on tombe sur l'agent d'étranglement.

Si celui-ci est facile à supprimer (bride, invagination), on le supprimera ; en cas contraire, on établira l'anus artificiel sur le bout supérieur, — le plus bas possible.

Aussitôt que le malade est remis de l'entérotomie, il est apte à subir la laparotomie qui reste inévitable et qui a pour but : 1° de supprimer l'obstacle si possible ; 2° de fermer l'anus contre nature si on a pu rétablir la perméabilité du tube digestif — par une résection intestinale ou une anastomose.

La laparotomie secondaire doit être faite précocement lorsque l'anus contre nature, placé très haut, épuise le malade. Mais une entérotomie sur le gros intestin permet d'attendre autant qu'on le veut, avant de faire la laparotomie complémentaire.

En résumé, je suis d'avis de réserver la laparotomie aux ventres peu ballonnés et peu tendus. Avec un abdomen distendu, rien n'est préférable à l'anus contre nature et je suis heureux de me rencontrer sur ce point avec MM. Segond et Nélaton.

Répétons enfin aux médecins que nous attendons d'eux à l'avenir des malades et non des moribonds.

M. Bazy. — Je ne veux pas discuter la facilité plus ou moins grande du diagnostic de la cause de l'obstruction : il offre souvent de grandes difficultés; cependant *le diagnostic du siège peut être assez facilement fait*, et on peut de ce diagnostic tirer des indications thérapeutiques, soit pour pratiquer la laparotomie, soit pour faire l'anus artificiel.

La laparotomie a ses indications, et elle n'offre pas la gravité extrême que les paroles de M. Nélaton sembleraient lui prêter ; car il est certain que ses paroles ont dépassé sa pensée. Si j'avais

pensé que ce débat pût s'élargir, j'aurais apporté ici des observations plus nombreuses, mais je puis tout de même citer deux cas de laparotomie qui se sont terminés par la guérison.

Dans l'un, il s'agissait d'un malade qu'on a apporté il y a cinq ans dans le service de mon maître, M. Peyrot, que j'avais l'honneur de suppléer; il était atteint d'occlusion intestinale à marche rapide. Je lui fis une laparotomie médiane; je trouvai profondément contre la colonne vertébrale une bride dont j'ignore la nature; d'un côté l'intestin grêle était distendu, de l'autre il était revenu sur lui-même et vide. Je sectionnai la bride; l'intestin affaissé se gonfla, l'étranglement était levé, le malade a parfaitement guéri.

La laparotomie est particulièrement grave chez les cancéreux. Cette opinion a déjà été émise, il me semble, par MM. Terrier et Lucas Championnière; néanmoins elle peut, dans ce cas, rester bénigne.

J'ai eu l'an dernier à opérer une jeune fille de 22 ans déjà soignée antérieurement par M. Rochard et qui avait une occlusion du gros intestin. Ignorant le siège exact de cet obstacle, je fis une laparotomie médiane et trouvai à la fin de l'S iliaque un bourrelet circulaire qui me parut être une invagination. Craignant en désinvaginant de rompre l'intestin, je me bornai à faire un anus iliaque, médian.

Malgré des tentatives assez longues de désinvagination, cette malade guérit très bien; dix-huit jours après, elle rendait des matières par l'anus, ce que j'attribuais à une désinvagination lente et l'anus artificiel finit par s'oblitérer.

Mais sept à huit mois après l'opération, les récidives reparurent et obligèrent à une nouvelle intervention. L'inspection de l'S iliaque me fit voir que cette prétendue invagination avait notablement augmenté de longueur.

En réalité, il s'agissait d'un cancer chez une jeune fille. La laparotomie n'avait donc pas été grave chez cette cancéreuse.

Une indication de l'anus iliaque dont il faut tenir compte et le plus grand compte et à laquelle il faut obéir, est tirée de l'état général du malade. Il est des malades, dans le collapsus, chez lesquels il faut aller vite, et à ceux-là on ne doit faire que l'anus artificiel ou l'entérotomie; d'autres peuvent supporter une plus longue opération; ceux-là peuvent supporter les recherches et les manœuvres qu'entraîne souvent la laparotomie.

Il a été question du retour des fonctions du bout supérieur et de la circulation normale des matières dans l'intestin après l'anus artificiel. Le cas que je viens de citer en est un exemple, même dans les cas de tumeur. En voici un autre :

V... (Célestine), 41 ans, journalière, est entrée le 30 mars 1897, à l'hôpital Tenon, salle Delessert, n° 22.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Rien dans l'enfance. Réglée à 11 ans et demi; régulièrement depuis; les règles ont manqué ce mois-ci. Fausse couche de 3 mois à 17 ans. Variole il y a quatre ans.

Histoire de la maladie. — Aucuns troubles gastro-intestinaux n'ont précédé le début des accidents. Il y a un an environ elle a commencé à souffrir au niveau de la fosse iliaque gauche. Les douleurs étaient peu fréquentes mais très vives ; elles n'étaient pas précédées de constipation, s'accompagnaient de vomissements, de tenesme rectal. Les douleurs cessaient au bout d'un peu de temps. Progressivement les douleurs augmentent peut-être de fréquence, sûrement de durée et d'acuité.

Il y avait des périodes de constipation suivies au bout d'un certain temps par des débâcles.

Il y a environ deux mois elle a remarqué quelques filets de sang dans ses matières. Il y a un mois et demi, elle souffrait depuis quelque temps sans répit, elle s'est décidée à entrer à Tenon, dans un service de médecine, où elle est restée quatre semaines sans aller à la selle, ayant seulement quelques gaz. Cette période de constipation a été terminée par une débâcle considérable. Elle a continué quelques jours à aller seule à la selle, puis la constipation a réapparu.

Depuis le début des accidents, elle s'est très affaibli; a beaucoup maigri; l'appétit a disparu.

Actuellement ses dernières selles datent du 9 mai, seuls quelques gaz ont passé par l'anus. Les lavements qui lui ont été donnés ne ramenaient que quelques débris rougeâtres, analogues à de la râpure de chair.

21 mai. — On pratique un anus iliaque. L'exploration pendant la laparotomie fait constater une tumeur à la partie supérieure du rectum qui confirme le diagnostic.

Opération. — Anus iliaque pour tumeur inaccessible du rectum avec obstruction intestinale.

En raison de la marche lente de l'obstruction, en raison du peu de phénomènes généraux, de la rareté des vomissements, de la forme du ballonnement que l'on constate très nettement dans la fosse iliaque gauche parallèlement à l'arcade crurale en forme de boudin, doubles dimensions transversales sont trop considérables pour faire penser à l'intestin grêle, mais qui font penser plutôt à l'S iliaque distendu, on décide de faire l'anus iliaque.

Incision de 6 à 7 centimètres parallèlement à l'arcade crurale, la première anse est en effet l'S iliaque fortement distendu. On plonge le doigt dans l'abdomen et on sent contre le sacrum, dans le petit bassin, une tumeur dure, ferme, irrégulière, dont la partie accessible au doigt a le volume d'une grosse noix. La portion de l'intestin sur laquelle elle se trouve se continue avec l'S iliaque qui décrit une courbe à convexité inférieure mais pour se continuer avec la portion qui est

sous l'œil de l'opérateur. On passe une mèche de gaze iodoformée à travers le mésocolon, on fixe au voisinage de l'une et de l'autre extrémité de l'incision l'intestin. Cette incision est ainsi rétrécie ; on ajoute des sutures au crin de Florence.

Pansement iodoformé. Chloroforme.

22 mai. — Ponction au trocart de l'intestin pour l'issue des gaz.

28 mai. — Incision au thermo-cautère de l'anse intestinale fixée à la paroi.

8 septembre. — Pour dilater le trajet de l'anus iliaque qui se bouchait, on met une tête de laminaire, attachée après le pansement. Le lendemain, le fil s'étant cassé, la laminaire avait disparu dans l'intestin, où on ne peut la retrouver. On ne la retrouva pas dans les matières.

Depuis le 20 septembre, la malade a des selles par l'anus fréquentes et peu abondantes. L'anus iliaque s'est bouché vers le 30 septembre. Actuellement, il ne reste plus qu'une petite partie de la plaie non encore cicatrisée.

M. Quénu. — Lorsque j'ai pris la parole pour soutenir la pratique de l'anus contre nature dans les cas d'occlusion due à la paralysie intestinale, je n'entendais pas me déclarer le partisan de l'anus contre nature dans tous les cas d'occlusion, et je suis aussi éloigné de l'opinion de M. Nélaton, qui nous propose l'établissement de l'anus contre nature comme méthode de choix, que de celle de M. Hartmann, qui considère comme telle la laparotomie.

La gravité de la laparotomie dépend surtout, comme l'a dit M. Hartmann, de l'époque trop tardive où elle est faite. Nous sommes appelés au bout de plusieurs jours auprès de malades chez lesquels on a essayé les purgatifs, les lavements gazeux, l'électricité, ils sont anéantis, épuisés ; on fait une opération longue, on réduit à grand peine l'intestin distendu au maximum, on le contond, on le froisse, et la règle est, je le reconnais, de voir le malade succomber au bout de deux ou trois heures. Mais la cause de ces morts est dans l'hésitation et dans les tergiversations que l'on a mis à opérer.

L'anus contre nature est-il meilleur ? A coup sûr, l'intervention est moins grave et les malades la supportent mieux immédiatement. Mais nous les voyons pris bientôt de diarrhées profuses ; ils se vident, se cachectisent et meurent rapidement.

A ces périodes avancées, tout est mauvais, aussi bien la laparotomie que l'entérotomie.

C'est donc à une époque moins tardive de l'occlusion qu'il faut intervenir, *lorsqu'on peut porter un diagnostic approximatif de la cause et que le ventre n'est pas encore ballonné.*

Dans ce cas, on pourra assez souvent reconnaître la variété

de l'occlusion — et si l'on est en présence d'une forme aiguë on fera la laparotomie — réservant l'anus contre nature pour la forme chronique.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
NÉLATON.

Séance du 13 octobre 1897.

Présidence de M. DELENS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de M. KIRMISSON qui, étant malade, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

M. DELENS annonce que la séance du mercredi 20 octobre n'aura pas lieu, le congrès français de chirurgie siégeant à cette date.

A propos de la discussion sur l'occlusion intestinale.

M. FÉLIX LEJARS. — C'est au sujet de la seconde partie du rapport de M. Broca et du fait de pseudo-occlusion paralytique qu'il analyse et discute, que je désirerais vous soumettre quelques documents et quelques réflexions.

Ce qu'on est convenu d'appeler la paralysie intestinale intervient souvent, en effet, dans l'histoire de l'occlusion, qu'elle soit l'origine première de tous les accidents, ou qu'elle joue simplement le rôle d'un agent d'aggravation. Je ne veux que rappeler ici les iléus

paralytiques secondaires, ceux qui succèdent aux diverses formes de péritonites et d'infections péritonéo-intestinales, à l'étranglement herniaire, à l'étranglement interne lui-même ; et j'aurai seulement en vue l'*iléus paralytique d'emblée.*

Il se présente assez souvent sous une allure relativement bénigne, et cède sans trop de peine sinon toujours au purgatif, dont parlait notre collègue, du moins à l'électrisation. Les faits de ce genre sont de notion courante, et si je résume brièvement l'exemple suivant, c'est que la coexistence d'une hernie irréductible et douloureuse compliquait le diagnostic.

Il s'agissait d'une malade de 61 ans, près de laquelle je fus appelé, en février 1896, pour des accidents d'occlusion, paraissant se rattacher à une hernie ombilicale étranglée. Arrêt des selles et des gaz, vomissements, facies déprimé, pouls petit, les symptômes étaient bien ceux d'un étranglement, mais la hernie, grosse comme un œuf, n'était pas tendue, quoique irréductible; elle était mate, de consistance mollasse, granuleuse, et se terminait, au niveau de l'anneau, facile à sentir, par un pédicule étroit. Il me parut donc qu'elle n'avait qu'une part très minime dans la pathogénie des accidents. Je fis une séance d'électrisation avec les courants continus : au bout d'un quart d'heure, des gaz, puis des matières liquides étaient évacués, et la débâcle se traduisait, dans la journée, par un grand nombre de selles liquides. Quelques jours après, je fis la cure radicale de la hernie ombilicale : je ne trouvai, comme je l'avais supposé, qu'une épiploeèle adhérente.

A côté de ces cas simples et de ces guérisons faciles, il est des *formes graves et rebelles de l'iléus paralytique,* dont la nature échappe le plus souvent, et qui créent des dangers tout aussi pressants que l'occlusion vraie. J'ai observé un premier fait de ce genre, à l'hôpital Necker, en avril 1893.

Il s'agissait d'un homme d'une quarantaine d'années, pâle et d'aspect assez précaire, qui était entré, quelques semaines auparavant, dans le service de M. le Dr Rendu, pour des accidents abdominaux assez mal caractérisés ; de fait, le ventre était constamment ballonné, de consistance uniforme sur toute sa surface et sans aucune zone douloureuse ; de temps en temps survenaient des coliques, quelques vomissements, puis tout rentrait dans le même état; l'appétit était nul, il y avait des sueurs nocturnes, un amaigrissement assez notable, bref, on pensait à l'évolution d'une tuberculose péritonéale.

Quand M. le Dr Rendu me fit l'honneur de me montrer le malade, les accidents s'étaient compliqués d'une constipation opiniâtre, qui durait depuis dix jours ; c'était un arrêt stercoral complet; il n'y avait eu, depuis cette date, ni selles ni émissions gazeuses, et le patient était très affirmatif sur ce dernier point. Il vomissait tout ce qu'il prenait depuis trois jours, et ces vomissements, qui se répétaient, sans avoir un ca-

ractère nettement fécaloïde, étaient pourtant devenus noirâtres et très fétides. Le pouls était petit, fréquent, les extrémités un peu froides, le faeies tiré, de très mauvais augure. On avait tout mis en œuvre, électricité comprise, pour venir à bout de cette occlusion, qui s'était présentée d'abord avec des allures lentes et chroniques ; aucun résultat n'avait été obtenu, et il devenait absolument urgent de recourir sans retard à une intervention, pour prévenir une issue trop facile à prévoir : c'était l'avis de M. Rendu, comme le mien.

J'opérai le malade dans l'après-midi ; il me paraissait si compromis que j'eus d'abord la pensée de me borner à faire, au plus vite, une entérotomie de Nélaton. Pourtant, le chloroforme étant assez bien supporté, je me décidai à pratiquer la laparotomie. Une fois le ventre ouvert, dans la région sous-ombilicale, il s'échappa une notable quantité d'un liquide séreux, et l'intestin grêle distendu, mais de coloration presque normale, vint faire hernie à l'extérieur ; on le maintint sous des compresses aseptiques chaudes. Je commençai alors à explorer le trajet intestinal sur toute sa longueur, à partir du cæcum ; je ne rencontrai nulle part d'agent d'étranglement, aucun segment n'était affaissé, il n'y avait ni torsion, ni brides, ni adhérences, ni semis nodulaire, ni ganglions mésentériques volumineux : aucun signe, en un mot, d'occlusion mécanique, ni de péritonite tuberculeuse. Le gros intestin était distendu, comme le grêle, mais on ne sentait en aucun point de masses dures, ni d'accumulations stercorales formant tumeur. Je dus conclure qu'il n'y avait pas d'obstacle matériel, mais je ne crus pas de bonne pratique de refermer le ventre purement et simplement. J'attirai donc la paroi antérieure du cæcum entre les lèvres de la plaie, à son extrémité inférieure, et je pratiquai un anus contre nature étroit, une cœcostomie, si l'on veut. Il donna passage à une abondante quantité de gaz et de matières liquides, et cette large évacuation se poursuivit toute la nuit et toute la journée suivante.

L'état général s'était notablement amélioré. Au deuxième jour, le malade eut une selle, suivie d'une seconde, puis d'une troisième, très copieuses. Dès lors, la partie sembla gagnée : l'appétit revint peu à peu, les forces reparurent, et, un mois après, le malade quittait l'hôpital, conservant un petit anus cæcal, que nous devions fermer quelques semaines plus tard.

Deux mois après, il nous revint, en très bonne santé apparente : il allait régulièrement à la selle, ne souffrait pas du ventre et mangeait passablement ; l'anus cæcal était, du reste, étroit et ne laissait passer qu'une portion restreinte des matières fécales. Après une première tentative d'occlusion, de résultat incomplet, je pris le parti de libérer entièrement la paroi adhérente du cæcum, et de fermer l'orifice par une entérorraphie latérale. Tout se passa très bien pendant les deux premiers jours ; le matin du troisième, je trouvai mon malade mourant avec tous les signes d'une péritonite par perforation, tellement avancée, que toute intervention me parut inutile. Je pensai naturellement que ma suture cæcale avait cédé. L'autopsie nous montra tout autre chose, la suture était intacte, et les deux lèvres accollées adhéraient déjà soli-

dement ; il n'y avait rien d'anormal dans la fosse iliaque droite, mais l'excavation était remplie de matières intestinales : elles provenaient d'une rupture, bas située, de l'S iliaque. Cette rupture siégeait au niveau d'une plaque de tuberculose, qui infiltrait la paroi de l'S iliaque sans en rétrécir le calibre : on ne trouva pas d'autres plaques semblables sur le trajet de l'intestin.

Je note tout de suite l'existence de cette tuberculose intestinale à évolution torpide et latente, qui remontait sans doute très loin, et qui a pu avoir sa part, comme je chercherai à le montrer plus loin, dans la pathogénie des accidents paralytiques.

Dans un second fait, je me suis trouvé en présence d'une situation toute semblable, quoique plus alarmante encore ; j'ai suivi la même conduite, et j'ai eu tout lieu de m'en féliciter.

J'étais en présence, cette fois, d'une véritable occlusion paralytique aiguë.

Mon malade était un homme de 39 ans, maigre, d'apparence scrofuleuse, opéré quelques mois avant d'une fistule osseuse de la région trochantérienne, et qui avait souffert déjà, à plusieurs reprises, de crises douloureuses abdominales, avec constipation et météorisme.

Il avait été apporté, dans la nuit du 23 décembre 1894, à la Maison municipale de santé, dans le service de M. P. Segond, où je fus appelé d'urgence. Je le trouvai dans un état lamentable : depuis quarante-huit heures, il n'avait rendu ni selles ni gaz, les vomissements étaient devenus fétides et noirâtres, le ballonnement du ventre était considérable, surtout dans la zone sous-ombilicale ; les douleurs étaient intenses et arrachaient une plainte continue au malade, le facies était grippé, le pouls très fréquent et tout petit ; en somme, j'avais devant moi tous les signes d'une occlusion grave, à une période avancée. J'ajoute que le toucher rectal ne me donna aucun renseignement, pas plus que le palper du ventre ; seule, la prédominance bien marquée du météorisme au-dessus de l'ombilic était de nature à fournir quelques indications.

Il n'y avait pas de temps à perdre. Je commençai par faire une séance d'électrisation, que je prolongeai une vingtaine de minutes ; elle fut très douloureuse, mais n'amena aucun résultat. L'état était trop grave, pour différer une intervention, et je pratiquai la laparotomie, après avoir formulé devant la famille un pronostic très sombre, et bien décidé à mener les choses aussi vite que possible.

Le ventre fut ouvert, dans la région sus-ombilicale, où le météorisme était le plus marqué, et tout de suite je vis s'échapper au dehors le côlon tranverse, distendu de façon vraiment monstrueuse ; il fut écarté sous une compresse, et me fit de la place pour explorer le reste de l'intestin. Or, le côlon descendant et l'S iliaque étaient eux aussi distendus ; moins dilaté, l'intestin grêle était sur toute sa longueur de large calibre : nulle part, je ne découvris de bride, de coudure, de segment rétréci, aucun agent d'occlusion mécanique. J'ajoute que la séreuse

intestinale n'était ni rouge, ni dépolie en aucun point, et qu'il ne s'était écoulé à l'ouverture du ventre qu'une très petite quantité de liquide séreux.

Je ne pouvais me contenter de refermer purement et simplement la plaie, et je pris le parti de faire, sur l'énorme côlon transverse, une fistule étroite, suffisante pourtant à évacuer et à détendre le tractus intestinal. L'incision abdominale, qu'on avait agrandi, en bas, pour faciliter l'exploration, fut suturée de bas en haut, le côlon transverse réduit, non sans quelque peine, et une petite portion de sa face antérieure adossée à la paroi par une couronne de points séro-pariétaux ; il fut alors ouvert, et la muqueuse réunie à la peau, pour former un orifice, anus contre nature ou entérostomie, de la largeur d'un doigt. Une abondante quantité de gaz fit éruption par cet orifice, mêlée de matières liquides jaunâtres, et le ventre se dégonfla et s'affaissa sous nos yeux.

Tout cela n'avait guère duré plus d'une demi-heure, et il était temps de finir et de cesser le chloroforme. Pansé, ramené dans son lit, réchauffé, le malade fut ranimé par des injections de sérum et d'éther. L'état resta très inquiétant durant les deux premiers jours, mais la fistule colique fonctionnait bien, et les selles reparurent spontanément. Peu à peu, le rétablissement se compléta, et, au début de février 1895, quand mon opéré revint me voir, il avait repris de la mine, mangeait bien, avait des selles régulières, et se plaignait seulement de coliques assez fréquentes : il demandait à être débarrassé de son anus contre nature.

Après l'avoir gardé quelques jours en observation et m'être assuré que le bout inférieur était parfaitement libre, je pratiquai, le 16 février, l'occlusion de l'anus colique, en libérant complètement la portion adhérente du côlon, et en suturant la perte de substance intestinale par un triple surjet à la soie. La paroi abdominale fut réunie, de son côté, en étages.

La guérison eut lieu sans incident, bien que le malade eût été constipé pendant douze jours; il quitta l'hôpital au bout de trois semaines, dans une situation très satisfaisante.

Je l'ai revu, depuis, plusieurs fois ; il eut encore, dans les mois qui suivirent, quelques crises douloureuses abdominales, avec de la constipation et un peu de ballonnement du ventre : un régime approprié, des purgatifs fréquents, du massage abdominal ont eu raison, en grande partie, de ces désordres; aujourd'hui il continue à se bien porter.

Ici encore, je pense avoir bien fait, après avoir échoué dans une tentative sérieuse d'électrisation, de pratiquer tout de suite la laparotomie, devant l'urgence des accidents, et, une fois constatée l'absence d'obstacle mécanique, de terminer l'intervention par une entérostomie. Grâce à la création de cet orifice, assez étroit pour être ultérieurement d'occlusion facile, l'intestin est rapidement évacué, la distension tombe, et ce sont là, je pense, d'excellentes conditions pour faire promptement cesser les phénomènes paraly-

tiques. Du reste, dans les deux faits précédents, le retour assez rapide et spontané des selles l'a suffisamment montré.

Nous savons bien que ces désordres fonctionnels de la musculature intestinale, ces *iléus spasmodiques ou paralytiques*, affectent souvent d'étranges allures, qu'ils sont susceptibles, après une résistance prolongée, de céder brusquement, on ne sait pourquoi. Ces débâcles subites ont succédé parfois à une laparotomie purement exploratrice, alors que le ventre avait été simplement refermé, et sans qu'on puisse invoquer d'autre influence que la « mise au grand air » ou les manœuvres d'exploration exercées sur l'intestin. J'ai entendu souvent mon maître Verneuil rapporter un fait de ce genre. En voici un autre qui m'a beaucoup frappé.

Il s'agit d'une femme de 40 ans, très nerveuse, qui avait été soignée une première fois, dans les premiers jours de juin 1895, à l'hôpital Beaujon, pour des phénomènes larvés d'occlusion intestinale, qui avaient cédé au traitement médical. Le 20 juin, elle rentrait dans le même service, celui de M. Rigal, pour de nouveaux accidents, d'allure beaucoup plus grave, et qui, cette fois, résistèrent à tous les moyens employés, et devinrent de jour en jour plus alarmants. Le 1er juillet, quand la malade nous fut montrée, elle avait des vomissements nettement fécaloïdes, le ventre était très ballonné et d'une façon uniforme sur toute son étendue, le pouls était petit et la face grippée. Je fis la laparotomie, je trouvai l'intestin un peu rouge à sa surface et un peu de liquide séreux dans le ventre, mais aucune trace d'occlusion mécanique, et, cette fois encore, une exploration minutieuse resta négative. Avant de refermer l'abdomen, j'attirai au dehors une anse grêle, bas située, et je la maintins à l'extérieur, sans l'ouvrir, par un bout de sonde aseptique passé dans son mésentère, comme on le fait pour l'anus de Maydl, puis j'achevai la réunion de la paroi.

Dans la journée, la malade se plaignit de coliques assez vives, mais elle ne vomit plus ; le soir, elle allait spontanément à la selle, et il se produisit, dans la nuit et le lendemain, une abondante débâcle de matières liquides. Le lendemain, je réintégrai dans l'abdomen le bout d'intestin hernié et je fermai complètement la paroi.

Mais on ne saurait, en pratique, faire état de ces résultats mal expliqués, et, à côté de ces guérisons inattendues et d'une brusquerie déconcertante, il est d'autres formes d'iléus, sans obstacle mécanique, qui déjouent longtemps toutes les tentatives thérapeutiques. Les deux dernières observations qu'il me reste à vous soumettre suffisent à en témoigner.

La première date de 1893 ; c'est celle d'une malade de 53 ans, près de laquelle je fus appelé d'urgence, à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Schwartz ; et je ne saurais mieux faire que de transcrire la note très complète, qui me fut remise par M. Banzet, alors interne du service.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels intéressants, pas de maladie grave antérieure. Il y a huit mois que la malade a commencé à souffrir de désordres des fonctions intestinales, consistant en coliques fréquentes, généralisées à tout l'abdomen, sans localisation ni maximum précis, et en constipation : elle n'allait à la selle qu'avec les plus grandes difficultés et à plusieurs jours d'intervalle. Depuis la même époque, l'état général est moins bon, elle a maigri, l'appétit lui fait souvent défaut.

Une quinzaine de jours avant son entrée à l'hôpital, ces troubles abdominaux ont pris un caractère plus aigu, et la malade a dû s'aliter. Coliques aiguës et généralisées, constipation opiniâtre. Il n'y a jamais eu de sang dans les selles, pas plus dans ces derniers temps qu'antérieurement.

Depuis une huitaine de jours, l'arrêt stercoral est devenu complet, les douleurs ont augmenté d'intensité, et des vomissements sont apparus ; d'abord alimentaires, la malade rejetant presque aussitôt tout ce qu'elle prenait, ils présentent, depuis le 3 juin, un aspect et une odeur fécaloïdes.

Elle entre à l'hôpital le 5 juin, à 8 heures du soir. On constate alors tous les signes d'une occlusion intestinale complète. Il n'y a eu ni selles ni gaz depuis huit jours, vomissements continuels et fécaloïdes, hoquet, ventre très ballonné, tendu, douloureux à la pression et spontanément, mais sans localisation, sans que la palpation ne décèle aucune tumeur. A la percussion, on trouve un peu de submatité dans les flancs. Le toucher rectal et le toucher vaginal ne révèlent rien de spécial. La vessie contient un peu d'urine. Dyspnée assez considérable ; facies amaigri, physionomie anxieuse, langue sale, très sèche ; température normale, pouls petit, accéléré.

Ce fut dans cet état que je trouvai la malade, à minuit. La situation me parut trop grave pour justifier d'autre tentative que la laparotomie immédiate.

A l'ouverture du ventre, il s'écoula un peu de liquide ascitique clair. L'intestin fut suivi et examiné sur toute sa longueur : il présentait partout une dilatation considérable, mais uniforme, portant, aussi bien sur l'origine de l'intestin grêle que sur la partie terminale de l'S iliaque. Il était très congestionné, rouge, dépoli en quelques points, mais il était libre partout, et je ne trouvai ni bride, ni torsion, ni coudure, ni tumeur, rien, en un mot, qui rappelât un obstacle mécanique. Je dus conclure à l'iléus paralytique, et je refermai le ventre.

Le lendemain, 6 juin, les accidents persistent : vomissements fécaloïdes, ni selles ni gaz ; le ventre est très ballonné, très douloureux. Dans la journée, on donne, sans résultat, deux grands lavements glycérinés.

Le 7, l'état s'est aggravé. L'occlusion reste complète. M. Weiss administre à la malade un lavement électrique le matin, et un autre le soir, sans succès. M. Schwartz avait bien voulu me faire tenir au courant de ce qui se passait : je revis ma malade opérée, et, malgré le

résultat si nettement négatif de mes recherches, j'en étais à me demander si l'obstacle matériel ne m'avait pas échappé.

Le 8, la situation ne change pas ; dans la matinée, M. Weiss administre de nouveau un lavement électrique. Pas de selles, pas de gaz.

On allait se résoudre à faire un anus contre nature, lorsque, dans la soirée, l'infirmière de service fit à la malade un véritable lavage de l'intestin, avec unc sonde introduite très haut, et une grande quantité de liquide.

Immédiatement après cette entéroclyse, une garde-robe se produisit, et ce fut bientôt une débâcle complète, d'une abondance extrême, ct qui dura toutc la nuit, débâcle entièrement diarrhéique, non mélangée de ces gros bouchons stercoraux durs, que l'on trouve dans l'obstruction proprement dite.

Le lendemuin, 10 juin, la malade est très soulagée, le ventre moins tendu, les vomissements ont cessé. On donne un purgatif qui provoque encore d'abondantes selles. Le 11, autre purgatif, la débâcle continue et l'état général rcdevient de plus en plus satisfaisant, l'appétit commence à reparaître.

Le 20 juin, la malade est tout à fait bien ; elle se plaint seulement de coliques assez vives, qui reviennent fréquemment.

Elle quitte l'hôpital le 2 juillet : les selles sont régulières, et la santé serait parfaite sans les coliques qui n'ont pas entièrement disparu.

Revue un mois après, la malade souffrait toujours de temps en temps du ventre, la constipation était habituelle et alternait avec de petites débâcles diarrhéiques.

Ici donc l'iléus paralytique a résisté non seulement aux manœuvres de la laparotomie exploratrice, mais au traitement électrique, appliqué avec toute la méthode et l'énergie désirables par M. Weiss, et n'a cédé qu'à la fin du troisième jour ; bien que le résultat définitif ait été heureux, je pense qu'il eût été de pratique moins hasardeuse de faire une entérostomie, au lieu de refermer purement et simplement le ventre.

De fait, ces fausses occlusions sont loin d'avoir un pronostic bénin ; elles peuvent fort bien se montrer rebelles à toutes les tentatives thérapeutiques et se terminer rapidement par la mort, comme nous l'avons vu chez un dernier malade.

C'était un homme de 56 ans, entré à l'hôpital Beaujon le 13 octobre 1895 pour une fracture de la cuisse gauche, et qui fut pris, deux jours après, de tous les accidents de l'iléus. Les lavements électriques restèrent sans résultat; le 17, un anus contre nature fut pratiqué sur le cæcum, la fracture du fémur, haut située, gênant l'intervention du côté gauche ; il n'y avait pas de liquide dans le péritoine ; le cæcum était très distendu, mais, à part les gaz, il ne sortit presque rien par l'incision qui fut faite à l'intestin. Le lendemain, le malade succombait. A l'autopsie, on ne trouva aucune bride, aucune coudure, aucun obstacle mécanique, intra ou extra-intestinal, de quelque nature que ce soit.

Ces formes graves et rebelles de l'iléus paralytique — et les exemples n'en sont pas rares — suscitent des questions intéressantes de pathogénie, de diagnostic et de traitement.

Tout d'abord, ce terme de paralysie intestinale n'est peut-être pas toujours exact, et la contracture spasmodique de l'intestin intervient sans doute quelquefois pour expliquer l'arrêt stercoral ; M. Heidenhain [1] y insistait dans un travail récent, et il donnait plusieurs observations où ce rétrécissement par contracture d'un segment intestinal avait été constaté *de visu*, au cours de la laparotomie. Du reste, la paralysie intestinale est souvent elle-même *segmentaire*, et l'interposition d'une anse inerte, de longueur variable, qui se distend, qui s'infléchit et se coude à ses deux extrémités, crée un véritable barrage à la circulation intestinale.

Quels qu'en soient le mode et le siège, ces graves désordres fonctionnels de la musculature intestinale supposent d'ordinaire certaines prédispositions locales, certains états morbides latents. L'iléus paralytique ou spasmodique ne se produit guère avec un intestin et un péritoine sains ; si je reprends l'histoire de mes malades, je relève, chez l'un d'eux, une tuberculose intestinale ; chez l'autre, l'existence antérieure de crises moins violentes et la persistance, après la guérison, de troubles atténués du même genre ; il en fut de même chez les deux autres, qui ont succombé depuis lors. Enfin, l'explosion des accidents aigus succède parfois à une cause appréciable, qui sert peut-être de point de départ au réflexe ; tel a pu être le rôle du traumatisme chez notre dernier malade. — Ne trouvons-nous pas, dans ces divers éléments de détermination fort malaisée à préciser, des analogies assez frappantes avec les conditions pathogéniques de la paralysie vésicale ?

De plus, une fois les accidents amorcés, si je puis dire, par la paralysie ou le spasme d'un segment du tube intestinal, ils se poursuivent et s'aggravent par une sorte d'enchaînement nécessaire ; la stase des matières et de gaz crée la distension, la paroi intestinale distendue et inerte devient permeable aux microbes, la stercorémie, l'infection péritonéale qui en résultent réagissent, à leur tour, sur la tunique musculaire, en achevant de la paralyser.

Ce complexus donne naissance à des accidents d'empoisonnement général, tout aussi alarmants que dans toute autre forme d'occlusion. Aussi, le diagnostic est-il le plus souvent fort difficile.

Dans certaines circonstances données, quand l'arrêt stercoral se produit chez un vieillard, après une longue suite d'accidents prémonitoires, qu'il s'établit et se complète lentement, et que cette

[1] HEIDENHAIN, Beiträge zur Pathologie und Therapie des acuten Darmverschlusses (*Archiv f. Klin. Chirurgie*, 1897, Bd LV, p. 211).

marche chronique ne trouve pas son explication dans l'existence d'une tumeur, on peut, avec assez de raison, soupçonner la nature paralytique de l'iléus. Mais nous venons de citer des cas où son début et son évolution ressemblaient de tous points à ceux de l'occlusion aiguë de cause mécanique, où les vomissements fécaloïdes existaient, où l'ensemble des accidents généraux rappelait les formes les plus redoutables de l'iléus. Que reste-t-il alors qui puisse servir au diagnostic ? L'absence du signe local de von Wahl ? Nous savons que la constatation est loin d'en être toujours aisée, quand la paroi abdominale est épaisse et le météorisme considérable.

Dans ces graves situations, le chirurgien sera donc forcé de se conduire le plus souvent, non pas d'après le diagnostic causal, qui reste obscur, mais d'après les accidents.

Je rappelais, en commençant, les succès que l'on obtient parfois par l'électrisation bien appliquée. Quand l'état général le permet, je crois qu'il est de bonne et sage pratique d'y recourir toujours ; j'en ai vu et j'en ai obtenu, à plusieurs reprises, des résultats inattendus. Mais l'électricité n'est recommandable que sous deux conditions : 1° elle doit être, comme je le disais tout à l'heure, bien appliquée, suivant les règles formulées par Boudet (de Paris) et ses élèves, avec une bonne machine, bien entretenue, et un courant d'intensité suffisante. J'oserai dire que ce désidératum est souvent difficile à remplir dans la pratique d'urgence des hôpitaux ; 2° elle ne doit pas faire perdre de temps.

Or, certaines formes d'iléus paralytique sont rebelles à l'électrisation la plus méthodique. — Presque toujours, en pareil cas, c'est la laparotomie qui a été faite et qui a permis de constater l'absence de tout obstacle mécanique ; elle a suffi, dans quelques faits, à provoquer une sorte de réaction sur la musculature intestinale et à en réveiller la contractilité ; mais on aurait tort de compter sur cette influence curieuse et inconstante ; il est beaucoup plus sage, au lieu de refermer le ventre purement et simplement, de faire une entérostomie, de fixer et d'aboucher à la paroi, par une étroite ouverture, une petite portion du gros intestin ou de l'intestin grêle : par là, le contenu intestinal s'évacue, la distension tombe, et c'est encore le meilleur moyen de faire disparaître les phénomènes paralytiques. A mon sens, c'est un procédé plus sûr que l'incision ou la ponction de l'intestin, qui ont été utilisées en pareille circonstance ; et les étroites fistules stercorales, ainsi créées, sont de cure facile et guérissent parfois spontanément.

M. Félizet. — L'occlusion aiguë de l'intestin se présente dans les premières années de la vie, avec des caractères tellement par-

ticuliers et elle comporte des indications opératoires si spéciales, qu'il m'a paru bon d'entrer dans le débat pour donner mon opinion sur les occlusions des jeunes.

Chez l'enfant, les causes de l'occlusion intestinale sont moins nombreuses que chez l'adulte. Le cancer, l'invagination paralytique, les brides résultant de la chirurgie utérine n'existent pas; les cicatrices étendues de la muqueuse sont exceptionnelles.

Il nous reste les malformations de calibre, les invaginations par des tumeurs intérieures, polypes et papillomes, les corps étrangers et enfin les brides qui peuvent succéder à des opérations d'appendicite ou à des cordes de l'épiploon mal libéré, dans l'opération radicale d'une hernie.

Dans tous les cas, j'ai été frappé de ce fait que le gros accident est précédé de troubles souvent insignifiants : inappétences, malaises passagers, pâleur fugace.

L'enfant, on le sait, a une sensibilité rudimentaire : il souffre peu et se plaint à peine, si on ne le plaint pas.

C'est brusquement que le mal éclate et en quelques heures la situation prend le caractère le plus inquiétant. Chez l'enfant, l'intestin a des réactions autrement vives que chez l'adulte. Il lutte avec brutalité contre l'obstacle, mais la lutte est courte. Ses fibres musculaires se contractent, s'affollent, s'énervent et sont bien vite à bout. Nous en avons la preuve dans la rapidité avec laquelle le ballonnement du ventre survient. En peu d'heures, les vomissements répétés prennent le caractère fécaloïdes. La paroi abdominale se tend et il ne faut pas longtemps pour que les anses intestinales cessent de se dessiner en relief, tant le ventre est distendu. Le globe abdominal est énorme : le diaphragme est soulevé, la respiration est difficile et haletante. La douleur, qui est devenue très aiguë, empêche d'explorer à fond l'état des choses. Je ne sais vraiment pas comment on s'y prendrait alors pour faire un diagnostic précis.

Nous nous sommes assurés par l'exploration méthodique des anneaux, qu'il ne s'agit pas d'un accident de hernie. Nous savons qu'il y a occlusion de l'intestin. Tout au plus pourrions-nous penser que l'obstacle siège plutôt sur le gros intestin que sur l'intestin grêle, mais c'est tout. Les phénomènes généraux s'aggravent, le danger est pressant. Si l'on n'intervient pas, la mort est certaine et à courte échéance.

La laparotomie se présente à nous avec la séduction des opérations au grand jour : ouvrir le ventre, dérouler l'intestin, découvrir l'obstacle, le lever, refermer le tout, je ne crois pas qu'il existe un programme opératoire plus simple que celui-là.

Je ne veux pas parler ici de ce qui se passe chez l'adulte et je

suis tenté de partager franchement l'éclectisme si raisonnable de M. Quénu, pour l'âge mur et la vieillesse. J'ai le devoir de déclarer ici que, chez l'enfant, l'ouverture du ventre distendu n'est pas une petite affaire.

Nous savons combien l'intestin, dans le jeune âge, est violent. A peine le ventre est-il ouvert, que les anses intestinales s'échappent, débordement à peu près impossible à endiguer. Le déroulement, la recherche de la lésion, sont souvent choses plus que difficiles : il faut avoir passé par là.

Mais je suppose que vous ayez, sans trop de mal, découvert la bride, l'obstruction ou l'invagination, quelle manœuvre délicate que celle qui consiste, sur un intestin d'une extrême minceur et déjà fatigué par le mal à opérer, pour rétablir le cours des choses.

Et si le malheur a voulu que vous n'ayez pas trouvé l'obstacle? Le fait s'est vu.

Dans tous les cas, la laparotomie aura ajouté les dangers d'un grand traumatisme aux dangers du temps déjà perdu. Qu'on l'ait trouvé et traité, cet obstacle, ou qu'il ait échappé aux recherches, la réintégration de l'intestin encore distendu, les sutures de la paroi, ce sont là des épreuves de longue durée, qui jointes aux effets de dépression et de vomissements du chloroforme, rendent la situation plus critique encore et ne me permettent pas d'accepter la laparotomie comme l'opération de choix dans le traitement des occlusions intestinales aiguës chez les enfants.

Il y a une soixantaine d'années, le chirurgien Gustave Monod pratiqua pour la première fois l'entérotomie; plus tard, Nelaton reprenant et perfectionnant l'opération de la façon la plus ingénieuse, la fit accepter partout.

J'ai eu, une fois, le bonheur de la lui voir faire, mais c'est auprès de M. Dolbeau que j'ai pu en apprécier la simplicité, l'innocuité et les bienfaits. Ce n'est, en vérité pas une opération abdominale et elle a pu, avant l'ère de la chirurgie antiseptique, réunir des succès, à ne pas les compter. Le chirurgien opère sans virtuosité, avec sécurité, tout bonnement. Il sait que dans le boursouflement de l'intestin, c'est l'anse la plus distendue, la plus inférieure, la plus près de l'occlusion par conséquent, qui se présente et vient bomber dans la baie de l'incision ; l'ouvrir, c'est assurer la libération du canal digestif en amont.

J'entends encore Nélaton dire : « Il n'y a pas à chercher, *c'est l'intestin qui se présente qui est le bon* ». Et il le fixait au moyen de la suture sero-séreuse qu'il avait combinée, puis il l'ouvrait.

Chez l'enfant, et je crois qu'il doit en être de même chez l'adulte, cette opération simple et rapide se fait sans chloroforme. La disparition des accidents est, à peu près, immédiate, le petit malade

reprend en quelques heures son entrain, il est hors d'affaire. Il sera certes possible, dans les jours qui suivent, sur le ventre redevenu souple, de faire un diagnostic. Pour le moment, il n'y a rien qui presse : on a le temps.

Mais voici ce que j'ai vu de plus curieux au point de vue des craintes que peut inspirer pour l'avenir, à cet âge, l'anus contre nature. Un enfant de 7 ans, opéré le 8 avril de l'an dernier, après avoir rendu, le surlendemain de l'opération, un fragment de carapace d'écrevisse, cause de l'occlusion, guérit spontanément de son anus inguinal.

Trois autres enfants, traités dans l'état général le plus grave par l'opération de Nélaton, guérirent de même. Chez tous, le passage des matières par l'anus, précéda de beaucoup la guérison de l'anus contre nature. Ce que j'ai vu m'a laissé dans l'esprit la conviction que l'entérotomie est une opération d'urgence, au même titre que la trachéotomie.

On m'apporte un enfant qui étouffe ; j'ouvre la trachée et du moment que je l'ai fait respirer, j'ai gagné le temps de rechercher à loisir la cause de la suffocation. Le plus pressé était de l'empêcher de mourir.

On m'apporte un enfant qui vomit et qui est en danger. Je reconnais une occlusion intestinale aiguë, je cours au plus pressé : je fixe et j'ouvre l'intestin qui se présente, et qui est *le bon*, selon le mot de Nélaton, j'ai empêché le boyau d'éclater.

Je chercherai plus tard la cause et je tâcherai de faire, de mon mieux, le diagnostic que la douleur et le ballonnement du ventre ne m'ont pas laissé porter.

En dépit des pourcentages toujours discutables de la statistique, je persiste à croire que cette opération, si simple dans son ingéniosité, est une opération bénigne, la plus bénigne qu'on puisse opposer à un aussi grand péril. Comme la trachéotomie, l'*opération de Nelaton* est une opération de salut immédiat ; c'est une *opération de sauvetage*. L'entérotomie réserve, pour plus tard, la laparotomie, si l'on en trouve les indications.

Je ne suis pas un homme de système, mais j'ajouterai que, si l'on m'amenait un enfant atteint d'occlusion aiguë, alors même que le commémoratif précis d'une opération antérieure (appendicite, épiplocèle, etc.), expliquant la présence d'une bride, cause d'occlusion de l'intestin par étranglement, si le ventre était très distendu, si l'état général était grave, malgré les présomptions et même la certitude de l'existence d'un obstacle matériel, facile à lever, en présence d'un aussi grand danger, je n'hésiterais pas à pratiquer d'autorité l'opération de Nélaton.

C'est ce que j'ai eu l'occasion de faire en 1896, à un enfant de

12 ans qui avait subi, à l'âge de 7 ans, l'opération radicale d'une hernie entéro-épiploïque et dont l'épiploon, mal libéré, était resté adhérent au collet du sac et avait été compris dans la ligature.

L'enfant était dans un état à peu près désespéré.

L'entérotomie amena une détente immédiate et, c'est peut-être là une particularité de la clinique infantile, l'anus artificiel guérit spontanément, après quatre mois d'une fistule stercorale. Quant à la bride, cause présumée de ces accidents, elle n'a donné lieu depuis à aucun trouble de l'intestin.

Je terminerai par un détail opératoire: l'incision que je conseille est à peine de 4 centimètres sur la paroi, l'intestin est fixé à tout le pourtour, mais l'ouverture des viscères est extrêmement étroite, représentant à peine le quart de la superficie de l'intestin mis à nu : elle admet à peine le petit doigt, dimension très suffisante pour l'évacuation des gaz et des matières.

Telles sont les raisons qui m'ont autorisé à préconiser, chez les enfants, l'opération de Nélaton, de préférence à la laparotomie dans les occlusions intestinales aiguës.

M. Segond. — Ici, comme pour toute affection chirurgicale, il n'y a pas de formule absolue et l'on ne saurait pas plus conseiller la laparotomie que l'anus contre nature pour tous les cas d'occlusion.

Mais, j'ai dit et j'insiste sur un point, sur lequel je suis tout à fait d'accord avec mon ami Nélaton, c'est que, dans la majorité des cas, le diagnostic de la cause de l'occlusion ne sera pas fait. En pareille occurence, je déclare que c'est l'anus qu'il faut faire parce qu'*il ne tue pas*. Je veux dire par là que le malade ne meurt pas de l'acte opératoire et la laparotomie tue.

Je sais, comme M. Hartmann qui a insisté sur ce fait depuis longtemps reconnu vrai, que l'anus contre nature placé sur une portion élevée de l'intestin grêle laisse souvent mourir le malade. Et néanmoins, même fait dans ces conditions mauvaises, l'anus contre nature a du bon. En voici un exemple :

Je fus appelé par mon collègue et ami A. Robin auprès d'une dame d'une quarantaine d'annés environ qui était depuis deux jours en proie a des accidents d'occlusion. J'arrivais dans un hôtel à 10 heures du soir, je trouvais une femme avec un météorisme énorme, des vomissements ; sa température était abaissée ; tout diagnostic était, pour moi, impossible et j'affirme qu'une laparotomie faite en pareille conditions aurait tué la malade. Je fis l'anus contre nature ; il fut placé sur l'intestin grêle et assez haut, la malade vécut et trois semaines après le ventre étant flasque, je pus lever l'osbtacle constitué par une bride réunissant l'appendice aux annexes enflammées.

La femme s'étant remise, une troisième intervention lui boucha l'anus artificiel.

Depuis dix-huit mois, cette femme a joui d'une santé parfaite et je me félicite de ne pas l'avoir laparotomisée.

M. Picqué. — La discussion qu'a soulevée la communication de notre collègue Broca montre combien est complexe et délicat le problème de l'intervention chirurgicale dans l'occlusion intestinale.

Je pense qu'il est de notre devoir à tous d'apporter à cette tribune le résultat de notre expérience personnelle, et c'est pourquoi je viens vous demander de vouloir bien m'accorder pendant quelques instants votre bienveillante attention.

Pendant longtemps et sous l'inspiration de maîtres dont je m'honore d'avoir été l'élève, j'ai partagé, avec plusieurs d'entre vous, la crainte de la laparotomie dans le traitement de l'occlusion intestinale, et je me suis rangé, dans le plus grand nombre des cas, à l'anus artificiel qui m'a donné, comme à vous tous, d'excellents résultats. Or, cette bénignité de l'anus iliaque, il faut bien le reconnaître, ne présente rien d'absolu. Notre collègue Routier nous rappelait, dans la dernière séance, des statistiques relativement récentes (1890), et qui, certainement, doivent nous mettre en garde contre des illusions parfois déçues. Je reviendrai plus loin sur les circonstances trompeuses qui confèrent une bénignité apparente à cette opération, si aléatoire dans ses résultats, quand le diagnostic anatomique n'a pu être rigoureusement établi.

D'autre part, si la laparotomie a donné pendant longtemps des résultats désastreux entre les mains des chirurgiens les plus expérimentés, n'est-ce pas un droit de penser que la technique était alors imparfaite et que les manœuvres utilisées aujourd'hui pour la rentrée de l'intestin, à savoir la traction sur les lèvres de l'incision pariétale à l'aide de pinces puissantes, voire même la ponction ou l'incision de l'intestin, préconisée à juste titre par notre collègue Michaux, ont rendu moins fréquents les traumatismes de l'intestin, dont on nous a parlé avec raison dans la dernière séance et qui influaient d'une façon si fâcheuse, ainsi que la durée prolongée des manœuvres, sur le résultat de l'opération ?

Ne peut-on pas supposer, d'autre part, que ces désastres opératoires, qui avaient tant impressionné nos maîtres, tenaient à ce fait qu'ils intervenaient souvent dans des cas de fausse occlusion intestinale tenant à des lésions appendiculaires, non soupçonnées à cette époque et par conséquent jamais recherchées ?

Je crois donc, pour résumer cette première partie de mon exposé, qu'il faut se maintenir également en garde contre les illusions souvent décevantes de l'anus iliaque et contre les craintes, parfois exagérées, de la laparotomie.

A mon sens, les raisons qui peuvent conduire à telle ou telle in

tervention doivent être prises ailleurs que dans une question de pronostic opératoire si délicate à préciser.

Les raisons de nos déterminations opératoires sont, d'après moi, dans l'étude clinique du cas particulier, et aussi dans l'état général du malade, et c'est là qu'il faut les rechercher.

Sous ce dernier rapport, les observations présentées par quelques-uns de nos collègues sont absolument justes.

Deux cas peuvent se présenter dans la pratique. Dans le premier, les accidents ont débuté depuis plusieurs jours, et, comme il arrive trop souvent, le malade a été soumis à des traitements divers qui ont permis à la lésion et à l'état général de s'aggraver. Il y a du collapsus parfois très marqué. Dans ces conditions, quelle que soit la lésion, d'ailleurs souvent difficile à reconnaître à cette période ultime, c'est à l'anus artificiel qu'il faut recourir. Le malade est incapable de supporter une longue opération ; le chirurgien doit se contenter, sous peine d'échec, de l'indication urgente, et notre collègue Segond nous a cité un cas tout à fait probant sous ce rapport. Si le malade peut survivre aux accidents de rétention intestinale qui dominent alors la scène, on pourra, comme dans le remarquable cas de M. Segond, recourir à une opération complémentaire et curative.

J'ai hâte d'arriver à l'étude des cas d'occlusion intestinale où le choix de l'intervention n'est plus dicté par l'état général du malade, mais par la nature des lésions qui ont provoqué l'explosion des accidents. Ce sont ceux-là qui deviennent de plus en plus fréquents à notre époque où les médecins plus instruits sollicitent de bonne heure l'intervention du chirurgien.

Or, une question préjudicielle se pose, qui n'a pas été, à mon sens, suffisamment indiquée par nos collègues et qui, cependant, présente une importance capitale, car elle est susceptible, si elle n'est ni bien posée ni bien résolue, de fausser tous les résultats statistiques.

S'agit-il d'une vraie occlusion ou d'une pseudo-occlusion intestinale ? Toute la question est là.

On a bien parlé d'occlusion par paralysie intestinale, mais ce terme un peu vague mérite d'être précisé.

J'appelle, avec tous les cliniciens, pseudo-occlusion instinale ces phénomènes de météorisme et de ballonnement intestinal que l'on constate parfois chez les gens constipés, ou à l'occasion d'accidents peu accusés du côté de l'appendice ou bien de rétrécissement néoplasique encore peu marqué, et qui cèdent facilement à l'action d'un purgatif.

Je crois que bien souvent un diagnostic précipité a conduit à une intervention trop hâtive et trop peu justifiée, et je pense, pour ma

part, que, parfois, les résultats heureux de l'anus iliaque ne reconnaissaient pas d'autre raison.

Si je ne craignais d'abuser de votre attention, je pourrais vous citer bien des circonstances, ou, appelé soit en ville, soit à l'hôpital, pour opérer des cas d'occlusion intestinale, j'ai pu guérir mes malades par un simple purgatif, alors que plusieurs purgatifs avaient été mal administrés et rejetés.

N'aurais-je pas pu vous fournir, avec ces cas, une statistique favorable à l'anus contre nature?

De tous ces faits, je n'en retiens qu'un très intéressant, que j'ai publié récemment dans la *Revue générale de clinique* (14 août 1897).

Il s'agissait d'une femme qui me fut amenée un soir à l'hôpital, par un médecin distingué de la ville, pour des accidents graves d'occlusion intestinale, qui, selon lui, nécessitaient une intervention immédiate.

Je me rendis en hâte près de la malade. Les accidents avaient éclaté subitement à la fin d'un repas et duraient depuis deux jours. Je n'insiste pas sur les détails des accidents qu'elle présentait. Qu'il me suffise de vous dire qu'ils étaient graves ; certaines particularités me firent penser, néanmoins, que nous nous trouvions en présence d'une fausse occlusion et je prescrivis un purgatif, remettant l'intervention au lendemain matin. Dès le lendemain, la débâcle était complète et je pus, quelques jours après, en examinant la malade sous chloroforme, constater l'existence d'un abcès appendiculaire que j'évacuai par incision. La malade a complètement guéri.

Il est hors de doute pour moi que beaucoup de prétendues occlusions intestinales, opérées et guéries par l'anus iliaque, rentrent dans cette catégorie.

A côté de ces faits, viennent se placer des entérites aiguës simulant des occlusions intestinales, caractérisées par une distension exagérée de l'intestin et des vomissements incessants, rangées à tort sous la dénomination d'occlusions par paralysie intestinale, et qui rentrent, le plus souvent, dans le cadre des intoxications alimentaires si bien étudiées par nos confrères de l'armée.

J'ai eu l'occasion d'opérer un cas de ce genre, il y a quelques années, à l'hôpital Lariboisière, sur la demande d'un de nos collègues très distingué des hôpitaux, et dans lequel nous avions cru, à tort, à l'existence d'une occlusion vraie.

C'est aussi à un cas de ce genre, que je crois avoir eu affaire récemment chez un jeune Saint-Cyrien que j'ai opéré dans mon service et qui a malheureusement succombé.

Chez lui, les accidents avaient débuté très brusquement par une douleur violente dans la fosse iliaque droite. L'opération démontra l'absence de toute lésion appendiculaire, et les recherches les

plus minutieuses ne permirent de trouver ni bride, ni hernie interne.

On conçoit que le résultat soit néfaste, dans ces circonstances, quel que soit le mode d'intervention employé.

Il y a donc, je le répète, des distinctions à faire, très délicates, je le conçois, mais, cependant bien utiles, si l'on veut se faire une opinion exacte sur la valeur des opérations employées. Je ne parle pas des affections péritonéales qui peuvent la simuler et sur lesquelles nous reviendrons plus tard.

J'arrive, enfin, à envisager l'occlusion vraie, celle que nous devons avoir uniquement en vue dans la discussion actuelle.

La conduite à tenir est subordonnée au diagnostic de la lésion, c'est-à-dire au diagnostic anatomique.

Des opinions bien différentes ont été formulées par nos collègues sur la possibilité de ce diagnostic.

Je ne saurais partager absolument la désespérance des uns ni la confiance trop grande de quelques autres. Je crois que la vérité est, là comme ailleurs, entre ces deux opinions extrêmes, que si parfois le diagnostic est possible, il reste aussi, dans certains cas, impossible, entre les mains des cliniciens les plus expérimentés. J'ai récemment opéré un malade atteint d'un cancer intestinal, et chez lequel un des maîtres les plus éminents de nos hôpitaux avait porté, à la suite d'un examen très minutieux, le diagnostic, absolument ferme, de volvulus. Que conclure, dès lors, si ce n'est que le chirurgien se trouvera appelé à intervenir dans des cas où le diagnostic n'a pu être fait? C'est dans ces conditions, et aussi dans celles où le diagnostic a pu être porté, qu'il convient de déterminer la conduite à tenir.

Ma pratique est la suivante :

Quand le diagnostic anatomique n'a pu être fait par les seules ressources de la clinique, je suis d'avis qu'il convient de le détermiminer par une laparotomie exploratrice. C'est, à mon sens, la seule conduite rationnelle.

Je vous présente un jeune homme qui vient donner, d'ailleurs, un appui éclatant à cette manière d'agir.

C'est le fils d'un médecin qui arrive dans mon service pour des accidents d'occlusion intestinale *qui ont évolué sourdement.*

Plusieurs de nos collègues l'ont vu en ville : le diagnostic est resté indécis; l'un d'eux a parlé d'accidents d'appendicite; un premier médecin l'a soigné pour une entérite muco-membraneuse,

A son arrivée à l'hôpital, il présente des vomissements fécaloïdes et je ne puis arriver moi-même à préciser un diagnostic.

Le père désire que je lui fasse un anus iliaque; je lui refuse formellement, parce que le diagnostic anatomique me fait défaut.

Je pratique la laparotomie et je trouve une bride étranglant fortement la fin de l'intestin grêle. Il est aujourd'hui guéri et je vous le présente. Que serait-il arrivé si j'avais pratiqué un anus? La constriction, peu serrée au début, était devenue telle que, certainement, le sphacèle de l'intestin aurait rendu impossible toute opération ultérieure.

Rien, dans ce cas, ne pouvait me conduire, d'ailleurs, à l'idée d'une bride : les accidents subits et progressivement aggravés, qui caractérisent cette forme d'occlusion, avaient manqué chez ce malade.

Dans un autre cas, fort intéressant, j'ai trouvé, au cours d'une laparotomie, un diverticule de Meckel, rempli de pus et formant bride. Le malade succomba, mais il existait déjà, au moment de l'opération, des lésions évidentes de péritonite.

Je reste persuadé que ce malade, opéré plus tôt, m'aurait donné un beau résultat. Cette observation doit être publiée prochainement dans un travail que je fais en collaboration avec mon interne Guillemot.

Il faut donc, quand le diagnostic anatomique ne peut être fait, recourir, selon moi, à la laparotomie.

Cette laparotomie est d'abord exploratrice. Elle permet d'établir l'existence des lésions péritonéales qui simulent l'occlusion ; elle fixe définitivement la cause de l'occlusion quand elle existe réellement et devient parfois curatrice comme dans le cas que je viens de vous rapporter.

Mais aussi, elle peut conduire à un anus contre nature. Dans le cas de prétendu volvulus, où j'intervins par laparotomie, la découverte d'un cancer de l'S iliaque inopérable, me fit pratiquer un anus iliaque. Elle peut enfin, même en cas d'occlusion inopérable, éviter l'anus contre nature en permettant d'établir une entéro-anastomose.

Ainsi donc, pour le premier ordre de faits, à diagnostic non précisé : laparotomie exploratrice et curatrice ou laparotomie exploratrice suivie de l'établissement d'un anus contre nature ou d'une entéro-anastomose, quand la lésion n'est pas susceptible d'une opération curatrice.

Quand, au contraire des cas précédents, le diagnostic anatomique a pu être précisé, la laparotomie et l'anus iliaque trouveront encore leurs indications.

Quand il s'agit d'un cancer du gros intestin, c'est, le plus souvent, à l'anus iliaque qu'il convient de recourir, soit que le cancer ne soit pas justiciable d'une intervention radicale, soit que le chirurgien, comme dans le cas de M. Segond, veuille remettre à plus tard l'intervention curative.

C'est cette conduite que j'ai tenue moi-même dans un cas bien intéressant qui m'avait été adressé à l'hôpital par mon collègue Bonnaire.

Il s'agissait de la mère d'un jeune étudiant en médecine qui présentait des phénomènes d'occlusion dus, en apparence, à la compression exercée sur l'intestin par un fibrome utérin. Une hystérectomie abdominale avait été proposée. Je crus devoir me borner à l'établissement d'un anus iliaque, pensant, à juste titre, que la malade n'était pas en état de supporter une opération importante tant qu'elle serait en puissance d'accidents d'occlusion.

Elle a guéri des accidents d'occlusion et je me suis félicité depuis de n'avoir point fait davantage, car des symptômes particuliers d'ordre intestinal me donnent à penser que le point de départ de l'occlusion n'est pas l'utérus.

Parfois enfin, un diagnostic, précisé d'avance par l'examen rigoureux des symptômes, peut conduire rationnellement à une laparotomie suivie de l'établissement d'un anus.

Tel le cas d'une enfant qui me fut adressée récemment à l'hôpital par M. Duguet, pour un cas très net d'invagination. Je l'opérai d'urgence pendant la nuit. Je reconnus que, dans la dernière portion de son gros intestin, étaient invaginés la fin de l'intestin grêle, le cœcum, le côlon ascendant et la moitié du côlon transverse. Ne pouvant songer à désinvaginer cet intestin, dont la portion terminale sortait par l'anus sous la forme d'un gros bouchon sphacelé, je n'avais pratiqué la laparotomie que pour savoir le point où je devais établir l'anus artificiel.

Cette malheureuse enfant, qui m'avait été adressée de suite par M. Duguet, qui ne l'avait vue qu'une fois au seizième jour de son invagination, succomba le lendemain, et la nécropsie démontra l'existence, sur l'intestin invaginant, de plaques étendues de sphacèle.

C'est donc encore un cas où l'anus était seul indiqué, mais où la laparotomie devenait nécessaire pour la fixation du point intestinal à ouvrir.

On voit, par le rapide exposé des quelques faits que j'ai eu récemment l'occasion d'observer, combien il faut se garder d'une opinion absolue au point de vue de la conduite à tenir en cas d'occlusion intestinale.

On voit combien le terrain de la laparotomie reste étendu, en dehors, bien entendu, des cas où on a à la pratiquer à la fin des accidents d'occlusion et comme opération complémentaire.

Les conclusions que je désire tirer de l'exposé qui précède sont les suivantes :

1° Lorsque le *diagnostic anatomique de l'occlusion intestinale*

vraie demeure incertain, il convient de pratiquer la laparotomie exploratrice, qui devient curatrice lorsque l'obstacle est facile à lever; qui, au contraire, doit être complétée par l'établissement d'un anus artificiel quand les lésions constatées ne sont pas jugées susceptibles d'un traitement immédiat, ou qu'elles sont considérées comme incurables.

2° Quand le diagnostic anatomique a pu être précisé d'avance, plusieurs cas peuvent se présenter :

a) Quand la lésion est susceptible d'un traitement immédiat, c'est encore à la laparotomie qu'il convient de recourir ;

b) Quand la lésion, au contraire, ne paraît pas devoir être traitée immédiatement ou lorsqu'elle est incurable, c'est à l'anus artificiel qu'il faut s'adresser.

Mais, dans ce cas, il peut parfois être utile de pratiquer une laparotomie exploratrice pour déterminer le point précis où il convient d'établir l'anus artificiel.

3° Il reste entendu que les conclusions qui précèdent n'intéressent que les malades qui sont présentés à l'observation du chirurgien dans les premières phases de l'occlusion intestinale, et lorsque l'état général leur permet de supporter la laparotomie avec quelques chances de succès.

Dans les phases ultimes de l'affection, quel que soit le diagnostic anatomique, si tant est qu'il soit possible de l'établir à cette période, c'est à l'anus artificiel qu'il convient toujours de recourir.

Rapport.

Compression cérébrale par hémorrhagie extra dure-mérienne d'origine traumatique sans fracture du crâne. Trépanation. Guérison, par M. le Dr Dubujadoux, médecin-chef de l'hôpital militaire de Blida.

Rapport par M. CHAUVEL.

L'observation de M. Dubujadoux ne manque pas d'intérêt et son intervention hardie, en montrant les ressources de la chirurgie dans les accidents traumatiques du crâne, vient à l'appui de la valeur de la trépanation hâtive. Un homme de 36 ans, vigoureux, entre à l'hôpital de Blida le matin du 1er mars 1897. Dans la nuit, il a été frappé par un Arabe et est resté sur la place. L'insensibilité est absolue ; la face pâle, la respiration stertoreuse, le pouls à 50 très dur, la peau brûlante et couverte de sueur. Hémiplégie gauche

complète; saillie considérable de l'œil droit avec dilatation et insensibilité de la pupille à la lumière. A gauche, au contraire, l'orifice pupillaire est très petit.

Aucune trace de lésion sur le corps. Cependant, la tête étant rasée, le palper fait sentir une dépression arrondie, large comme une pièce de deux francs, en plein muscle temporal, à trois centimètres et au-dessus du conduit auditif. Sous cette dépression, le doigt sent une surface résistante, non mobile, aucune inégalité, aucun signe de fracture.

M. Dubujadoux, devant ces symptômes de compression cérébrale, soupçonne une hémorrhagie entre l'os et la dure-mère; hémorrhagie étendue puisque la compression semble atteindre tous les centres moteurs et qu'elle entraîne certains phénomènes bulbaires. L'intervention est urgente si l'on veut arrêter les accidents; le point de frappe, origine probable du décollement de la dure-mère, indique l'emplacement de la première couronne de trépan.

Une large incision en U renversé met à nu le temporal au point de la dépression sentie et marquée, l'os est intact. Cependant, aussitôt la première rondelle osseuse enlevée, un caillot sanguin vient faire hernie au travers de la brèche. Une seconde couronne, placée en avant, améliore déjà la respiration du blessé. Mais le coagulum est considérable, il se prolonge bien en arrière et M. Dubujadoux, pour l'extraire en son entier, avec la curette doucement maniée, doit faire une brèche osseuse qui mesure *sept centimètres* d'avant en arrière sur *deux centimètres* de hauteur. Quatre couronnes de trépan ont été successivement appliquées.

Après l'ablation de la troisième rondelle, le malade manifeste une sensibilité confuse. Cependant, le caillot s'étale très loin sur près de 15 centimètres en longueur et 4 à 5 de hauteur. Quand il est enlevé, le doigt trouve place entre la paroi osseuse et la méninge déprimée. De la dure-mère et de l'os, un sang suinte en nappe, sauf vers le milieu de l'ouverture où un petit vaisseau exige une ligature perdue au catgut. Une mèche de gaze iodoformée étalée entre le crâne et la fibreuse suffit pour tarir tout écoulement sanguin. Déjà le cerveau s'est relevé quand on procède à la fermeture partielle de la plaie opératoire.

Nous ne suivrons pas notre collègue dans la description minutieuse du rétablissement lent et progressif des fonctions chez son malade. L'amélioration, manifeste dès le premier jour, se fait régulièrement, sans qu'aucun accident en vienne interrompre le cours. Pour rendre ce rétablissement plus sensible, M. Dubujadoux, étudie successivement la température, la circulation, la respiration, la sensibilité, l'intelligence, la mobilité. Il nous suffira de dire que la disparition des phénomènes morbides s'est faite dans l'ordre

suivant : retour de la sensibilité, puis de l'intelligence, rétrogression de l'exophtalmie; disparition de l'hémiplégie. L'incontinence d'urine a persisté près de vingt jours et la dilatation pupillaire pendant près de cinq semaines. En somme, le blessé quittait l'hôpital le 9 juin, soit quarante jours après son accident, ne conservant de l'intervention chirurgicale qu'une cicatrice temporale et un soulèvement assez apparent au niveau de la brèche osseuse, si nous en jugeons par la photographie jointe au travail. La partie du caillot que l'on avait pu recueillir pesait 83 grammes. Si l'on tient compte de ce qui fut forcément perdu et du liquide exprimé par le raclage lors de l'extraction, on voit que l'épanchement du sang était considérable et la compression étendue.

M. le Dr Dubujadoux termine son travail en signalant les points les plus intéressants suivis lors de son observation. Ce sont :

1° L'absence de toute ecchymose ou suffusion sanguine et la projection de l'œil en avant du côté frappé, symptôme très rarement observé. Cette exophtalmie indiquerait une compression cérébrale très violente ; elle résulterait de la stase du sang dans le sinus caverneux et, par lui, dans la veine ophthalmique qui en est tributaire ;

3° L'absence de toute lésion osseuse, de toute déchirure des méninges démontrant que dans un choc limité par un corps orbe la dure-mère peut se décoller au niveau du cône de dépression et donner origine à une hémorrhagie considérable sans lésion d'une branche importante de l'artère méningée moyenne ;

3° La possibilité, par une ouverture relativement limitée, d'extraire avec la curette un caillot volumineux et très étendu, en procédant avec douceur ;

4° Le relèvement lent du cerveau coïncidant avec le retour graduel et le rétablissement intégral de ses fonctions ;

5° L'utilité de l'intervention rapide, hâtive, dans ces cas de compression cérébrale limitée, consécutifs à un traumatisme cranien.

Certainement, le blessé de M. le Dr Dubujadoux a dû la vie à l'intervention hardie de son chirurgien et, dans des conditions semblables, sa conduite doit être imitée. S'il n'existait ni plaie, ni fracture, ni foyer sanguin extérieur marquant le siège probable des lésions profondes, la dépression de la région temporale droite jointe à la paralysie de la moitié gauche du corps indiquait cependant avec netteté l'emplacement de la couronne de trépan. Félicitons notre collègue de son beau succès, d'autres auraient hésité, attendu, laissé passer le moment favorable. En suivant les préceptes que la Société de chirurgie a fait siens depuis des années, M. le Dr Dubujadoux ajoute encore à leur autorité par l'intéressante observation que je viens de résumer.

Je vous propose de déposer dans nos Archives le travail de notre confrère et d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de correspondant national.

Observations. — V..., 36 ans, meunier de Dalmatie près Blida, est hospitalisé le 1er mai 1897 vers neuf heures et demie du matin; nous n'avons d'abord pas d'autre renseignement que celui-ci : V. quittait le moulin à minuit et rentrait chez lui, lorsqu'il a été frappé par un indigène, qui l'a dévalisé après l'avoir assommé.

Notre homme, grand, bien musclé, est dans un coma complet avec insensibilité absolue. La respiration est stertoreuse, une écume blanche à fines bulles recouvre les lèvres, face pâle, hémiplégie totale à gauche. Sous les paupières fermées, l'œil droit fait une saillie énorme et, quand on découvre le globe oculaire, on le trouve fixe, injecté, sans ecchymose, sans déviation, avec la pupille dilatée au maximum et ne réagissant point à la lumière. Au contraire la pupille gauche est contractée, pas de reflexe cornéen, pouls lent, très dur ; peau brûlante, sueurs profuses, ventre plat, n'a pas uriné sous soi, pas de vomissements, pas de selle, pas d'épistaxis, pas d'ecchymose nulle part, aucun écoulement par les oreilles ou les narines.

Le crâne étant rasé, nous n'y voyons aucune trace de traumatisme, érosion, ecchymose, etc. Le palper ne nous démontre pas autre chose qu'une dépression arrondie, large comme une pièce de deux francs, en plein muscle temporal à 3 centimètres en avant et au-dessus du conduit auditif. On perçoit que sous la dépression il existe un plan résistant, nous pouvons appuyer assez fort sans provoquer aucun phénomène particulier, aucun reflexe.

Nous diagnostiquons une compression cérébrale et, comme les symptômes de fracture sont négatifs, nous soupçonnons une hémorrhagie entre la dure mère et l'os.

Si nous rapportons ici les faits suivants et que nous avons connus seulement quelques jours plus tard, c'est parce que, réunis aux symptômes observés, ils corroborent le diagnostic de compression cérébrale par hémorrhagie.

Après le choc immédiat, V. est tombé assommé sur la route, il s'est réveillé en pleine nuit, souffrant beaucoup de la tête, ayant déjà beaucoup de peine à remuer les membres du côté gauche et gagne très péniblement une maison voisine; là il boit quelques gorgées de liquide et finit par perdre complètement connaissance.

L'état du malade nous paraît très grave, la mort est imminente, une intervention rapide peut seule empêcher le dénouement fatal.

L'hémorrhagie doit avoir décollé une grande étendue de la dure mère à droite, tous les centres moteurs sont opprimés, c'est-à-dire que le caillot doit appuyer sur toute la zone rolandique, il déborde même largement cette zone, puisque la compression est assez forte pour entraîner des phénomènes bulbaires. La projection de l'œil droit en avant laisse supposer une stase dans le sinus caverneux.

Et comme d'autre part, nous trouvons un point de frappe bien net, qui doit être le point d'origine du décollement de la dure mère, il nous semble qu'il n'y a pas lieu de chercher plus particulièrement un centre de la zone comprimée et que la première couronne de trépan doit porter sur la dépression du temporal ; des couronnes supplémentaires seront ensuite appliquées suivant le sens d'extension du caillot cruorique.

Nous avons pu regretter l'outillage qui permet de mobiliser un volet osseux pour le réappliquer ensuite, mais le regret n'a pas tenu grand poids dans la balance, et nous avons pris d'emblée le parti de faire la brèche osseuse irréparable que donne un trépan classique.

Nous prenons donc la dépression du muscle temporal comme le centre d'une incision en U très évasé qui commence à 3 centimètres en arrière de la queue du sourcil, passe à 1 centimètre au-dessus du conduit auditif et se termine en suivant la tangente au bord postérieur du pavillon ; l'écartement des deux branches de l'U à la base est exactement de 10 centimètres, sa hauteur est de 4 centimètres.

Nous incisons d'abord la peau et le tissu cellulaire, les deux branches de la temporale superficielle sont pincées et liées, l'aponévrose, le muscle temporal sont sectionnés en deux temps, pince et ligature des artères.

On décolle à la rugine le muscle et le périoste sur toute l'étendue de l'U.

L'os apparaît intact ; avec le trépan de 2 centimètres de diamètre, nous appliquons une premières couronne de 3 centimètres en avant et au-dessus du conduit auditif.

Dès que la rondelle osseuse est enlevée, un caillot sanguin se soulève et fait hernie à travers la brèche, une seconde couronne est appliquée en avant de la première ; le caillot sanguin fait une hernie plus marquée et dès cette seconde couronne, on note une amélioration sensible de la respiration, qui perd son caractère stertoreux. Nous enlevons à la rugine le caillot qui se présente à nous. La nappe hémorrhagique se prolonge loin en arrière et nous sommes amenés à appliquer deux nouvelles couronnes de trépan en arrière des précédentes, soit en tout, quatre couronnes. Notre brèche osseuse mesure exactement 7 centimètres de diamètre antéro-postérieur et 2 centimètres de hauteur avec une bordure naturellement dentelée.

A la troisième rondelle, le blessé manifeste une sensibilité confuse. Le caillot s'étale très loin en haut, il gagne les limites de la zone décollable, son étendue antéro-postérieure est de 15 centimètres, on a enlevé le caillot avec la curette maniée doucement.

Au dessus, le cerveau se voit fortement déprimé, à ce point que l'on peut engager le doigt sous l'os sans rencontrer la dure mère.

La surface de la dure mère apparaît villeuse, du sang suinte un peu partout, en filet très mince, d'un point qui correspond au bord postérieur de la première couronne de trépan ; en nappe, surtout à l'arrière. Sous le vaisseau qui saigne en filet, nous passons une aiguille armée d'un catgut et faisons une ligature perdue, un seul point suffit pour tarir ce

filet. Contre l'hémorrhagie en nappe, nous plaçons dans l'angle postérieur une mèche de gaze iodoformée que nous étalons entre l'os et la dure mère. On rabat le lambeau musculo-cutané, suturant au catgut et séparément le muscle; puis l'aponévrose, les sutures de la peau se font au crin de Florence, tout est réuni, à l'exception de l'angle postéro-antérieur, et sur une longueur de 2 centimètres.

Au moment où nous refermons la plaie, la dépression cérébrale n'est plus aussi marquée, la dure-mère n'est pas cependant revenue au contact de l'os.

L'opération terminée, nous constatons que le lambeau musculo-cutané n'est pas déprimé, mais qu'il n'est pas non plus soulevé par les pulsations cérébrales. Le malade n'a pas repris connaissance, sa respiration est calme, régulière, il ne vient plus d'écume aux lèvres, le pouls est régulier, sans dureté à 80, la peau est moins brûlante.

La sueur continue abondante pendant toute la journée, un suintement séro-sanglant persiste jusque vers cinq heures du soir, le malade respire en fumant la pipe. Côté gauche flasque, sent confusément quand on le pince, avale sans difficulté quand on lui met un liquide dans la bouche, n'urine pas, la saillie de l'œil droit n'a guère diminué.

2 mai. — S'est éveillé dans la soirée vers neuf heures, a demandé à boire, et depuis a demandé souvent; le matin respire sans fumer la pipe, somnole, mais quand on l'appelle, ouvre les yeux et répond nettement; les traits ne sont que légèrement effacés à gauche, les membres gauches sont toujours paralysés, n'a pas encore uriné, la vessie ne paraît pas au-dessus du pubis, pas de selle.

La journée du 2 est calme, reste éveillé la plupart du temps, répond juste, demande ce dont il a besoin, soif vive, urine en partie sous-lui, mais parfois a conscience du besoin d'uriner et demande le vase, une selle par l'action d'un lavement.

Pour ne pas raconter fastidieusement, jour par jour, les épisodes de la maladie, nous grouperons les symptômes par appareils, en disant pour chacun ce qu'il y eut d'intéressant et le temps qu'ont mis les fonctions troublées pour revenir à la normale.

Température. — Bien que nous n'ayons pas relevé la température au moment de l'entrée, préoccupé par les préparatifs d'une autre opération convenue pour ce même matin, nous pouvons dire qu'il y a eu élévation rapide de la chaleur, puisque, nous le rappelons, la peau était brûlante au toucher; le soir, la température rectale était de 38° 8, le lendemain elle atteignait encore 38° 7, passait au-dessous de 38° le quatrième jour pour remonter à 38° 6 le 5 mai, et ce jour-là on notait de l'agitation, de la céphalée; au sixième jour tout rentrait dans l'ordre et depuis, le thermomètre placé dans l'aisselle n'a jamais dépassé 37° 2.

Voies urinaires. — Nous avons déjà signalé que pendant les premières vingt-quatre heures, le malade n'avait pas uriné et que les urines ont reparu lorsque les sueurs profuses ont cessé, plusieurs jours durant, il y a eu de l'incontinence; tantôt les urines coulaient goutte à goutte, tantôt le besoin d'uriner se faisait sentir, mais l'urine partait en jet avant qu'on eût donné le vase. Cet état de chose nous a privé de

renseignements analytiques. A partir du 6 (six jours après l'accident, les jours de maladie suivent le quantième du mois) et jusqu'au 13, ces alternatives persistent ; du 12 au 21 l'incontinence goutte à goutte ne se voit plus, mais il suffit que le malade ait besoin d'uriner ou même qu'on appelle son attention de ce côté, pour que la vessie se vide brusquement, avec le 21, l'émission des urines est soumise à la volonté. On n'a jamais remarqué de polyurie. Dès qu'on a pu faire pratiquer l'analyse, l'urée était normale, il n'y a pas eu de sucre ou d'albumine.

Cœur. — Avant l'opération, le pouls était dur et lent à 50. Après l'extraction du caillot, il perdait ses caractères de dureté et montait à 80. Le 5 mai, jour de l'agitation, de l'exacerbation thermométrique, on sentait de l'irrégularité des pulsations, des faux pas, des redoublements, cela ne durait pas plus de vingt-quatre heures.

Respiration. — Stertoreuse au moment de l'entrée, s'accompagnant d'écume à la bouche, elle se modifiait déjà à la deuxième couronne de trépan et devenait calme, régulière, elle n'a plus subi de modifications.

Lorsque nous sommes intervenu, on percevait des râles fins d'œdème, qui n'existaient plus le soir.

Sensibilité. — Tout d'abord abolie, elle reparaissait confuse pendant l'opération (à la 3ᵉ couronne) restait confuse tout le premier jour ; le lendemain, elle était nette, il y eut seulement jusqu'au 3 mai un peu de lenteur dans la perception des impressions ; dès que les symptômes de commotion furent dissipés suffisamment, c'est-à-dire dès le second jour, on put voir que les divers modes de sensibilité ne présentaient aucune anomalie.

Intelligence. Mémoire. — L'intelligence est revenue rapidement, elle s'est manifestée dès le lendemain. Le malade, abandonné à lui-même, restait somnolent, il se réveillait dès qu'on lui parlait, ses réponses étaient justes, les symptômes de commotion se sont complètement dissipés le 6ᵉ jour, la mémoire n'a jamais été troublée ; par la suite a présenté un peu d'agitation nocturne, la dernière nuit d'agitation fut celle du 17 au 18. Jamais les réflexes n'ont rien laissé voir de particulier.

Fonctions intestinales. — Constipation les trois premiers jours, l'appétit se réveille rapidement, il est impérieux, la digestion se fait bien.

Motilité. — Au début, hémiplégie gauche complète ; après le réveil du malade, la paralysie se cantonne dans le bras et la jambe, les plis faciaux sont bien affaissés à gauche jusqu'au moment de la sortie, mais tout de suite a pu siffler, contracter isolément et à son gré les joues, les commissures, ouvrir et fermer les paupières.

Le 7 mai, notre patient peut reployer la jambe sur la cuisse, le 12, il détache le talon du lit ; les mouvements du membre supérieur reviennent d'abord, à la main et à l'avant-bras, mais c'est seulement le 15ᵉ jour qu'on peut porter le bras en abduction totale.

Le malade se lève d'abord pour aller à la garde-robe. A partir du 21, il se lève régulièrement et, dès ce moment, il reste levé toute la journée, aussitôt, il marche sans faucher, sans traîner la pointe du pied.

Aux premiers jours, l'épaule gauche reste abaissée, le bras se porte en dedans comme chez les hémiplégiques vulgaires. On note aussi les premiers jours qu'il marche en titubant, ce qui est dû à l'état de la vision. Le 29 mai, la marche est régulière, l'épaule ne s'abaisse plus, on se tient sans difficulté sur la jambe gauche seule.

Phénomènes oculo-pupillaires. — On était tout d'abord frappé par la saillie extraordinaire de l'œil droit, également injecté, avec sa pupille dilatée et insensible à la lumière. La saillie de l'œil diminuait le soir même, elle ne s'effaçait que peu à peu; le 7e jour, elle n'existait plus, la pupille restait dilatée beaucoup plus longtemps soit jusqu'au 1er juin ou 20 jours, elle était normale le 9 juin.

Il existait un strabisme externe de l'œil droit, strabisme dioptrique et non point paralytique, car le champ des mouvements oculaires était aussi étendu à droite qu'à gauche ; il suffisait de fermer l'œil gauche pour que la pupille droite vint en rectitude parfaite. Amblyopie très forte à droite, distingue les objets comme à travers un brouillard. Cependant nous apprenons que l'amblyopie existait avant l'accident, qu'il y avait déjà du strabisme et que le malade a été réformé pour sa mauvaise vision de l'œil droit.

L'examen ne révèle aucune lésion du fond de l'œil, mais une opalescence marquée de la cristalloïde antérieure ; c'est bien une lésion ancienne ; d'ailleurs, à mesure que la pupille se resserre, le strabisme diminue.

Plaie opératoire. — Les pansements ont été rares.

Au premier examen, le 6 mai, la réunion était complète jusqu'au drain qu'on enlève définitivement. Pas de pus. La plaie à cicatriser mesure 2 centimètres de hauteur et 1 de large ; aucun gonflement, aucune dépression ; les pulsations cérébrales sont visibles sous la peau.

13 mai. — L'orifice est rétréci, présente une collerette de bourgeons charnus et un pertuis central qui a disparu le 20 mai. Au pansement du 1er juin, la cicatrisation est complète, la ligne cicatricielle mesure partout 1 millimètre de large et forme une ligne pleine, sauf en arrière au niveau du drain, où elle est large de 4 millimètres et se montre déprimée. La paroi présente une certaine résistance, la pression modérée n'y révèle aucune sensibilité particulière; les battements sont très faibles, exigent une attention forte pour être perçus et ne se voient même bien que si l'on regarde tangentiellement. Il existe une très légère dépression suivant l'axe antéro-postérieur de la brèche et dont la flèche ne mesure pas 1 millimètre.

Le malade sort le 9 juin ; il marche droit, sans tituber, ne fauche pas ; l'épaule gauche n'est pas abaissée ; il serre aussi fort avec la main gauche qu'avec la main droite ; la pupille droite est normale et réagit normalement à la lumière. Il persiste un léger degré de strabisme, mais la femme de V... nous dit que l'œil droit se présentait juste ainsi avant l'accident.

Nous avons revu notre opéré les 13 et 25 juin, aucun incident

n'est survenu, ; il va, vient, se sent aussi allègre qu'auparavant; aucun mal de tête, toutes les fonctions s'exécutent normalement.

Les points sur lesquels nous appellerions davantage l'attention sont :

1° L'absence de toute ecchymose ou suffusion sanguine. La proéminence de l'œil du côté frappé que nous n'avons pas vue notée dans les classiques, et qui par suite ne doit pas être fréquente. Ce signe, lorsqu'il existe, doit être regardé comme l'indice d'une très forte compression cérébrale ; il vient à l'appui de l'opinion de M. Festal, thèse 1887, à savoir que, dans les conditions normales, la veine ophtalmique est tributaire du sinus caverneux.

Le phénomène de la proéminence de l'œil a persisté douze heures, aussi accentué ; il s'est atténué peu à peu et a disparu le 7e jour. La dilatation de la pupille s'est maintenue au maximum jusqu'au 20 juin, puis le rétrécissement s'est fait peu à peu ; mais la sensibilité aux influences lumineuses n'a reparu que lorsque le diamètre est revenu à 5 millimètres, suivant exactement les modifications qu'imprime l'atropine ;

2° L'absence de toute lésion osseuse, de toute déchirure de la dure-mère. Il semble donc, malgré l'opinion généralement reçue, que sous l'influence du choc par un corps de surface limitée, la dure-mère peut se décoller au niveau du cône de dépression et donner lieu à une hémorrhagie importante par la déchirure des nombreux petits vaisseaux qui la relient au crâne et sans qu'une branche sérieuse de la méningée moyenne soit lésée. Ici, en effet, dure-mère intacte ; le petit vaisseau qui donnait en jet n'a nécessité qu'une anse de ligature ; l'hémorrhagie était surtout en nappe et venait de points multiples. Il est donc probable que, sous le cône de dépression, quelques petits vaisseaux se sont d'abord rompus ; que, sous l'action du sang qu'ils ont donné, le décollement s'est accentué, de nouveaux vaisseaux se sont déchirés qui ont donné un nouvel appoint à l'hémorrhagie ;

3° Lorsqu'on a déblayé la dure-mère de son caillot sanguin, le cerveau ne revient pas immédiatement au contact du crâne ;

4° Par une ouverture assez limitée, on peut extraire un caillot étendu ; la curette, maniée avec douceur, vient facilement à bout de ce travail. Le caillot que nous avons extrait pesait 83 grammes, mais une partie nous a échappé : la partie liquide qui s'exprimait au raclage ;

5° Même avec un décollement étendu de la dure-mère, les fonctions cérébrales reparaissent rapidement et se recouvrent *ad integrum ;*

6° La disparition des phénomènes morbides s'est faite dans l'ordre suivant : retour de la sensibilité, puis de l'intellect, rétro-

gression de la proéminence de l'œil, disparition de l'hémiplégie. L'incontinence d'urine n'a cessé qu'ensuite. La dilatation de la pupille a été le symptôme le plus tenace ;

7° En présence de symptômes de compression cérébrale, il ne faut pas hésiter à intervenir, et, dans ce cas particulier, c'est bien la trépanation rapide qui a sauvé le patient de la mort.

Présentations de malades.

1° M. Tuffier présente un malade atteint d'hémisection de la moelle.

Il présente aussi un malade opéré de gastroentérostomie pour un rétrécissement non cancéreux du pylore.

2° M. Picqué présente un jeune homme à qui il a pratiqué la laparotomie pour une occlusion datant de deux jours. Il a levé une bride sur laquelle se coudait l'intestin, et le malade a guéri.

3° M. Nélaton présente un malade auquel il a fait un anus contre nature sur l'intestin grêle dans la région cœcale, pour une occlusion intestinale chronique. Chez cet homme, le diagnostic de la cause de l'occlusion avait paru impossible à M. Nélaton. Le malade ayant guéri de ses accidents d'occlusion, mais les matières de l'intestin grêle passant toutes par l'anus artificiel, M. Nélaton essaya de pratiquer l'entéro-anastomose. Cette opération fut faite par M. Souligoux suivant son procédé. Cette entéroanastomose n'ayant donné d'autre résultat que de faire reconnaître la cause de l'occlusion et les matières continuant à passer par l'anus artificiel, M. Nélaton fit la résection du cœcum cancéreux suivi d'entérorrhaphie circulaire, et le malade est guéri depuis six mois [1].

M. Berger présente un malade auquel il a pratiqué l'opération d'Ogston.

Ce malade portait un double pied plat valgus douloureux, beaucoup plus prononcé à gauche et rendant la marche tout à fait impossible.

[1] Observation publiée dans la thèse de M. Compoint, décembre 1897.

Après plusieurs mois de traitement par le repos, l'immobilisation dans les appareils, l'électrisation des péroniers latéraux, et après avoir tenté, sans obtenir de résultat, la ténotomie des muscles contacturés à gauche, M. Berger eut recours à la tarsectomie cunéiforme externe.

Le scaphoïde fut extirpé ; deux sections obliques au ciseau enlevèrent une partie de la tête de l'astragale et la surface postérieure des cunéiformes ; le redressement du pied et la restauration de la voûte plantaire paraissant satisfaisants, une suture métallique maintint les surfaces osseuses au contact, et, après réunion de la plaie et pansement, le pied fut mis dans un appareil plâtré. Le malade se leva le 40e jour.

Depuis lors, le pied gauche opéré est devenu le bon pied ; il permet la marche prolongée sans douleur. La concavité de la voûte plantaire s'est maintenue et contraste, sur les empreintes, avec l'aplatissement du pied droit : le malade demande avec instance à subir la même opération du côté opposé ; celle-ci va être pratiquée cette semaine et, après guérison complète, le malade sera présenté de nouveau à la Société.

Présentation de pièces.

M. Ricard présente l'estomac d'un malade auquel il a pratiqué la gastrostomie par le procédé de M. Fontan (de Toulon). Il montre l'avantage de ce procédé qui est de créer un repli valvulaire formé par la muqueuse stomacale. Ce repli valvulaire s'oppose à l'issue du suc gastrique.

Présentation d'instruments.

M. Quénu. — Je présente une série de spéculums rectaux, très usités en Amérique et qui lui ont été confiés par M. Gudendag. Ce sont des tubes de 10, 16, 25 et 30 centimètres, taillés obliquement à une de leurs extrémités et munis d'un embout servant à en faciliter l'introduction. A l'autre extrémité est adapté un prisme qui n'obture qu'une très petite partie de l'orifice du spéculum et qui projette dans l'intérieur de celui-ci la lumière d'une petite lampe électrique.

Le plus court modèle peut rendre quelques services pour l'inspection minutieuse de l'ampoule, la recherche, par exemple, de l'orifice interne d'une fistule borgne, d'une ulcération, etc. Mais j'insiste surtout sur l'utilité des longs modèles. J'ai utilisé chez quelques malades le modèle de 25 centimètres, et j'ai pu explorer

aisément la muqueuse à 25 centimètres de l'anus. Or, à cette distance, le doigt introduit par l'anus ne peut rien sentir ; d'autre part, la palpation abdominale est souvent impuissante à nous révéler des brides limitées de l'anse oméga, une plaque ou une saillie cancéreuse, par exemple.

Ce diagnostic pourra désormais être porté en toute certitude. Lorsque j'ai expérimenté pour la première fois ces longs cylindres chargés de pénétrer jusque dans l'S iliaque, j'avais quelques appréhensions sur la facilité de leur introduction. Or, j'ai reconnu que la difficulté à les faire pénétrer n'est pas très grande. Le malade étant sur le côté ou encore dans la position génu-pectorale, on introduit l'extrémité munie de l'embout jusque dans l'ampoule. Nous trouvons qu'alors il y a avantage à se débarrasser de l'embout et à chercher à voir à chaque instant où se trouve la lumière de l'intestin, de manière à incliner vers elle l'instrument et pénétrer ainsi en voyant d'avance le chemin à parcourir.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

NÉLATON.

Séance du 27 octobre 1897.

Présidence de M. DELENS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la quinzaine ;

2° Une lettre du ministère annonçant le décret qui autorise la Société à accepter le legs Marjolin.

M. NIMIER dépose un travail de M. SIEUR, médecin-major, professeur agrégé au Val-de-Grâce, sur un cas de *Péritonite suraiguë*

généralisée consécutive à la perforation d'un ulcère de l'estomac; laparotomie; mort (M. Schwartz, rapporteur).

Discussion sur l'occlusion intestinale.

M. Poirier. — Ce que je voulais dire, lorsque j'ai demandé la parole, a été maintenant dit et répété par plusieurs de nos collègues: à savoir qu'il n'y a pas de méthode de choix et qu'il faut s'inspirer surtout de l'état général du malade. J'ai fait des anus contre nature, dans des cas où ils n'étaient pas du tout indiqués, parce que l'état général ne permettait pas de faire autre chose et j'ai ainsi gagné du temps en parant au plus pressé. Par contre, deux fois je me suis repenti d'avoir fait la laparotomie chez des malades qui eussent peut-être, supporté l'établissement d'un anus contre nature. Pour faire une laparotomie, il faut être outillé antiseptiquement et avoir le temps: l'anus artificiel demandemoins de temps et de précautions. En pratique, on aura plus souvent l'occasion de faire l'anus.

Ce que je veux dire en second lieu a été sinon dit, du moins indiqué par un de nos collègues: c'est que, dans les obstructions que l'on observe parfois dans les quinze premiers jours de l'hystérectomie vaginale, on réussira souvent à lever l'obstacle en détachant avec le doigt introduit profondément dans le vagin et manœuvrant avec prudence les adhérences de l'intestin et de la cicatrice en train de se faire. Quénu a réussi, par ce procédé, sur une de mes opérées, au neuvième jour; j'ai réussi, de la même manière, sur une opérée au onzième jour.

Depuis deux ans, j'ai eu l'occasion de vérifier l'état des cicatrices consécutives à l'hystérectomie vaginale, longtemps après l'opération, sur trois cadavres de l'École pratique. Sur l'un, la cicatrice était nette, à peine visible au fond du petit bassin; — sur le second, une adhérence longue et lâche unissait la face postérieure du cœcum à la cicatrice; — sur le troisième, l'anse oméga était accolée à la cicatrice par son bord convexe sur une surface d'environ quatre centimètres carrés. Dans ce dernier cas, il n'y avait pas eu obstruction et la malade avait succombé à une affection thoracique. Je crois pouvoir déduire de la fréquence de ces adhérences que nous agissons sagement en purgeant nos opérées dès le lendemain de l'opération et en mobilisant l'intestin, par des purgatifs répétés, au cours des jours suivants, pendant que s'établit la cicatrice.

M. Paul Reynier. — Je ne prolongerai point cette discussion et je serai bref; nous sommes, en effet, tous d'accord quant au fond de la question; nous ne différons que dans la forme et dans la façon d'exprimer plus ou moins énergiquement notre pensée. C'est ainsi que j'ai entendu, dans le cours de cette discussion, soutenir que le diagnostic de la cause de l'occlusion était le plus souvent impossible; je crois, pour mon compte personnel, que c'est exagéré et que, là, vous faites preuve de trop de modestie. Je ne dis pas que le diagnostic soit très facile, mais enfin, le plus souvent, on y arrive en tenant compte des antécédents, des circonstances, du début de l'occlusion intestinale; et si le diagnostic n'est pas complètement certain, les probabilités sont tellement bien assises qu'elles tiennent lieu de certitudes et sont suffisantes pour guider le choix de l'intervention. Si vous retirez les cas d'occlusion venues à la suite de cancer ou produites par des péritonites d'origine appendiculaire ou annexielle; en somme, il en reste fort peu dans lesquels nous n'avons aucune notion du diagnostic possible. C'est tout au plus si, dans mes souvenirs sur les nombreux cas d'occlusion intestinale dans un service très actif, je me rappelle quatre ou cinq cas dans lesquels je n'avais pu rien soupçonner.

J'en reste donc aujourd'hui à ces seuls cas difficiles. C'est alors que vous me paraissez dépasser votre pensée quand vous parlez de l'opération de choix qu'il convient de faire. Les opérations à faire sont ici commandées par les conditions dans lesquelles nous nous trouvons pour opérer et dans lesquelles on trouve le malade.

Certes, si on est en présence d'un malade dont le pouls faiblit, qui ne vous paraît pas assez résistant pour supporter le choc d'une laparotomie, si on se trouve dans un milieu où toute l'asepsie nécessaire pour une laparotomie ne peut être assurée, l'anus contre nature est la seule opération à laquelle on puisse penser, comme l'a dit M. Félizet, on la fait alors pour empêcher son malade de mourir comme on fait la trachéotomie pour empêcher d'asphyxier. Dans les conditions où M. Segond a trouvé sa malade, il a eu mille fois raison de faire l'anus contre nature et j'aurais agi comme lui, mais je ne saurais être de l'avis de M. Félizet quand il vient nous dire que l'anus contre nature est l'opération de choix pour combattre l'occlusion, celui-ci ne doit être fait qu'à la dernière extrémité, après avoir tout tenté, et ce ne sera jamais qu'avec chagrin que je m'y résoudrai. C'est, en effet, une infirmité déplorable qu'on crée, et peu d'entre nous voudraient l'accepter pour eux.

Personnellement, je me souviens avec quelle horreur je l'ai repoussé quand on me l'a proposé dans un cas de parésie intestinale qui, heureusement pour moi, s'est terminé sans intervention.

On sait, en effet, quand on crée un anus contre nature, on ne sait

jamais quand on pourra le fermer. Comme le faisait observer M. Lejars, les cas où on peut le fermer sont exceptionnels; car ces occlusions intestinales surviennent chez des malades dont les intestins sont malades le plus souvent. Cette occlusion de l'anus n'est-elle pas elle-même une opération délicate et dangereuse ? N'a-t-on pas encore exagéré la bénignité de cette intervention ? Que l'acte opératoire ne soit pas dangereux par lui-même, soit. Mais devons-nous passer sous silence ces morts qui surviennent dans les vingt-quatre heures après l'établissement d'un anus contre nature, par diarrhée cholériforme profuse? Ces morts doivent entrer dans la statistique.

Toutes ces considérations me font donc dire que c'est une opération de nécessité et non de choix. Nous pratiquerons l'anus lorsque nous y serons obligés, en préférant toujours la laparotomie si nous sommes dans de bonnes conditions de milieu et si le malade nous paraît capable de supporter cette intervention.

M. Poirier nous a dit qu'il s'est repenti deux fois d'avoir fait la laparotomie au lieu de l'anus iliaque. A l'encontre de notre collègue, je me reproche d'avoir fait des anus iliaques là où la laparotomie m'aurait donné des succès. Je vous citerai ainsi une malade de l'hôpital Tenon qui y était entrée avec des phénomènes graves d'occlusion intestinale. Je fis un anus iliaque par lequel sortirent, pendant vingt-quatre heures, des matières et des gaz. Mais, de nouveau, le ballonnement, qui avait un peu diminué, se reproduisit et la malade mourait. A l'autopsie, nous trouvions un kyste pédiculé du mésentère, qui comprimait l'intestin grêle avant la valvule cœcale et qui, pouvant se déplacer, avait permis à la circulation intestinale de se rétablir pendant quelque temps, puis l'avait ensuite arrêté de nouveau. Par la laparotomie, il m'aurait été très facile de guérir cette malade que l'anus contre nature a laissé mourir. Dans un autre cas, j'avais affaire à une hernie de tout l'intestin grêle dans l'hiatus de Winslow. Une laparotomie m'aurait permis encore de traiter cette hernie et l'anus iliaque n'a pu empêcher la malade de mourir.

La laparotomie nous paraît donc toujours l'opération de choix dans les occlusions intestinales, pour peu que le malade ait la force de la supporter et qu'on se trouve dans un milieu favorable pour opérer avec toute sécurité d'asepsie.

Rapports.

I. — *Grossesse extra-utérine péritonéale. Laparotomie. Guérison*, par le Dr Rochard.

Rapport par M. PICQUÉ.

Il y a quelques mois, notre collègue des hôpitaux, M. Rochard, vous a présenté une pièce intéressante de grossesse extra-utérine péritonéale. Chargé par vous de faire un rapport sur le travail qu'il a déposé sur le bureau de la Société, en même temps que cette pièce, je vous demanderai tout d'abord la permission de résumer rapidement l'observation de sa malade.

Il s'agit d'une femme de 25 ans, présentant les apparences d'une bonne santé, et qui entra le 3 février 1896 dans le service de M. Perier à l'hôpital Lariboisière, pour une leucorrhée et des douleurs dans l'hypogastre.

La malade a été réglée à 16 ans ; depuis cette époque, l'écoulement menstruel survient régulièrement toutes les trois semaines et ne dure qu'un jour.

Jamais il n'y a eu de grossesse. En 1894, blennorragie suivie de métro-salpingite, soignée à l'hôpital Tenon dans le service de M. Nélaton ou un curettage lui fut pratiqué. A la suite de cette opération, il se produisit une amélioration manifeste, mais la malade continua à se plaindre d'une leucorrhée légère et de douleurs au moment des époques.

Le 12 janvier, après un retard de quelques jours, la malade eut une époque abondante suivie de douleurs vives dans le bas-ventre.

A l'entrée de la malade dans le service c'est-à-dire le 3 février, les douleurs dans le bas-ventre sont assez vives ; il existe des vomissements.

A l'examen, M. Rochard constate que l'utérus et la région des annexes sont sensibles ; mais la malade a une paroi abdominale épaisse et il n'est pas possible de délimiter nettement les annexes. Le traitement consiste tout d'abord dans le repos, la dilatation du col et le drainage de la cavité utérine.

La malade continuant à perdre, un curettage est pratiqué le 19 février. Dès lors la leucorrhée diminue mais les douleurs persistent dans le ventre. Les vomissements continuent.

Le 23 mars, à la suite d'un examen, on constate l'existence d'une tuméfaction siégeant à droite de l'utérus et présentant le volume d'une orange. Le diagnostic de salpingite fut fait et une laparotomie proposée à la malade qui l'accepta.

Elle est pratiquée selon les règles ordinaires par M. Rochard, le 28 mai, trois jours après l'époque menstruelle.

Après avoir réséqué une portion de l'épiploon adhérent, notre collègue découvre dans la fosse iliaque droite, et un peu en avant de

l'utérus, une tumeur du volume d'une orange, difficile à décortiquer en raison de ses adhérences à l'épiploon, à l'intestin grêle, au cæcum et à l'appendice.

Tous ces organes l'enveloppent et la masquent. Peu à peu, cependant, elle est amenée au dehors, mais au moment où l'on s'apprête à placer une ligature sur le pédicule, on constate avec surprise, et c'est là le point curieux de l'observation, que la tumeur se détache spontanément et qu'elle n'est fixée par aucun pedicule.

Vous avez pu du reste vous en convaincre par l'examen de cette pièce.

D'ailleurs l'exploration du petit bassin montre un utérus normal et des annexes qui ne présentent pas de lésions appréciables et qui sont indépendantes de la tumeur.

M. Rochard, dans une communication orale que je l'ai prié de me faire, m'a confirmé la rigoureuse exactitude de ce fait.

Le ventre fut refermé à l'aide d'une suture à trois plans.

L'ouverture de la tumeur montra qu'elle était constituée par un œuf contenant un embryon d'environ 2 mois et demi.

La guérison fut très rapide et la malade quitta l'hôpital le 18 avril.

Messieurs, nous devons savoir gré à notre collègue de nous avoir communiqué cette observation intéressante, car d'après les renseignements anatomopathologiques qu'il nous a donnés et que j'ai tenu à lui faire confirmer de vive voix, il s'agirait d'un cas de grossesse extra-utérine intrapéritonéale.

C'est là un fait assez rare, au moins à titre de variété primitivement péritonéale. Nous savons, en effet, que le plus souvent la grossesse intrapéritonéale a été primitivement tubaire et qu'elle n'abouti à occuper la cavité péritonéale qu'après rupture de la trompe et dans une période en général plus avancée de son évolution.

Mais ici il semble qu'il ne puisse y avoir aucun doute puisque notre collègue a constaté nettement l'intégrité des annexes du côté correspondant.

Nous ne pouvons que regretter que l'examen histologique de la paroi n'ait pas été fait : l'observation de notre collègue aurait pris une valeur considérable.

Au point de vue clinique nous retrouvons les difficultés de diagnostic si fréquents dans la grossesse extra-utérine à ses premiers stades.

Quant au résultat opératoire il a été de tous points excellent et nous ne pouvons qu'en féliciter notre collègue.

Grossesse extra-utérine. Laparotomie. Découverte d'un fœtus macéré de 7 mois et demi. Extirpation complète du kyste fœtal sans pédicule. Guérison.

Dans une de nos dernières séances, notre collègue vous a présenté un fœtus long de 38 centimètres, macéré, qu'il a extirpé au cours d'une laparotomie.

Je vous demande de résumer rapidement devant vous cette nouvelle observation.

Mme X... souffre depuis plusieurs mois de douleurs hypogastriques et voit son ventre augmenter progressivement de volume. En janvier 1897, M. Rochard est appelé pour la première fois près d'elle par son confrère M. Hamez. Il constate l'existence d'une tumeur irrégulière dans sa forme, remontant jusqu'à l'ombilic, et faisant d'autre part corps avec l'utérus auquel il est facile de transmettre les mouvements qu'on lui imprime. Des bosselures qu'on constate à sa surface, l'une est surtout évidente à droite.

Les règles sont suspendues depuis sept mois; le diagnostic de grossesse a été posé dès le début ; il est en effet très probable, mais le médecin habituel de la malade n'a trouvé jusqu'ici aucun signe évident de la présence d'un fœtus.

Au bout d'un mois, nouvel examen. L'état général est meilleur ; mais la tuméfaction présente les mêmes proportions ; elle n'a pas augmenté de volume. Le col est ramolli ; derrière lui, en le refoulant un peu en avant, ou constate l'existence d'une saillie donnant la sensation d'une tête fœtale.

M. Rochard pose le diagostic de fibrome avec grossesse arrêtée dans son évolution, et comme il n'existe aucun symptôme alarmant, il préfère attendre encore ; mais le dixième mois arrive, la situation reste la même, et la malade réclame énergiquement une intervention qui est pratiquée le 3 avril.

L'incision médiane conduit sur une tumeur qui adhère partout sauf à la paroi.

Le décollement de l'épiploon démontre qu'il ne s'agit pas d'un fibrome, mais d'un kyste. Une ponction est pratiquée qui n'amène que très peu de liquide ; une déchirure se produit alors et met à nu le pied d'un fœtus contenu dans le kyste. Ne pouvant pas avoir la poche et son contenu en raison des adhérences, M. Rochard fixe le kyste en prenant les précautions habituelles et extrait un fœtus de 38 centimètres complètement macéré.

L'extirpation du kyste est pénible mais est obtenue sans qu'on soit obligé de recourir à des ligatures importante. La grossesse paraît avoir été tubo-ovarique, car notre collègue a retrouvé l'ovaire sur la paroi du kyste; mais il est encore regrettable que l'examen histologique n'ait pas été fait.

Les suites opératoires ont été fort simples et la malade est définitivement guérie le 4 mai.

Il s'agissait, Messieurs, dans le cas de notre collègue, d'une grossesse de plus de 7 mois et qui s'est trouvée arrêtée dans son évolution sans donner lieu à aucun accident grave. Le fait méritait d'être signalé à votre attention.

Je tiens également à vous rappeler qu'en raison de la cessation de toute circulation placentaire, l'extirpation de la poche a pu se faire complètement et sans provoquer d'hémorrhagie.

J'ai déjà dit dans mon rapport sur la grossesse extra-utérine que c'était là la pratique la plus séduisante, mais qu'elle n'était pas exempte de dangers malgré les succès personnels que je vous ai signalés, dans les cas où la circulation placentaire n'était pas suspendue, et que conformément à la pratique du plus grand nombre, il était préférable dans ce cas d'abandonner le placenta sauf à en surveiller l'élimination réservant l'extirpation de la poche en totalité aux cas analogues à celui de M. Rochard.

Notre distingué collègue pose, en terminant, la question de savoir s'il convient de faire de parti pris la castration double même quand l'ovaire est sain pour éviter de nouveaux risques à la malade. Il veut bien demander l'avis du rapporteur.

Je ne sais encore votre opinion à cet égard; pour ma part, je n'hésite pas à répondre à M. Rochard, que je suis opposé résolument à cette chirurgie sentimentale qui souvent peut mener loin, au delà de la volonté des malades. Je ne crois pas qu'un chirurgien ait le droit de supprimer chez la femme de organes sains, même si elle en exprimait le désir, pour lui éviter des accidents, en somme hypothétiques, et dans une affection dont la pathogénie reste, incertaine malgré les travaux qui ont été publiés. Nous devons faire en chirurgie le nécessaire et rien au delà.

La malade à laquelle j'ai fait jadis une opération césarienne pour fibrome, et qui fut l'objet d'un travail à la Société de chirurgie voulait de nouveau être mère, et je me suis bien gardé de lui pratiquer la castration. Vous retrouverez d'ailleurs son histoire dans nos *Bulletins*.

Messieurs, je vous propose : 1° de remercier notre collègue de ses deux intéressantes observations; 2° de déposer ses deux mémoires dans nos archives; 3° de l'inscrire dans un rang très honorable sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de la Société de chirurgie.

Discussion.

M. Routier. — Il est inutile d'enlever la trompe et l'ovaire du côté sain, en pareil cas, pour prévenir de nouveaux accidents. J'ai

opéré quatre malades atteintes de grossesse extra-utérine, qui sont devenues enceintes depuis.

M. Hartmann. — Je rapprocherai de la première observation de M. Rochard, celle d'une malade que j'ai opérée avec succès pour grossesse extra-utérine au début. Dans ce cas, la trompe était saine, l'ovaire était sain, l'œuf de 6 semaines environ était greffé sur une des franges du pavillon. Si la grossesse avait évolué, elle aurait probablement passé pour une grossesse abdominale type.

Sur le deuxième point soulevé par M. Rochard, je partage absolument la manière de penser de nos collègues Picqué et Routier. Dans la grossesse extra-utérine, je conserve les annexes du côté opposé, parce qu'elles sont saines. La grossesse extra-utérine n'est pas, comme on l'a cru, le résultat d'une salpingite. Un de nos élèves, M. Paquy, examinant à mon instigation toute une série de pièces enlevées soit par mon maître M. Terrier, soit par moi, a pu constater qu'à part la portion occupée par l'ovule ou le placenta, le reste de la trompe était sain. Les cils vibratiles eux-mêmes étaient conservés. On observe, du reste, chez les animaux, des grossesses extra-utérines et l'on ne connaît pas chez eux de salpingites.

M. Picqué. — Je suis d'accord avec mes collègues sur l'opportunité de laisser les annexes du côté sain en place.

Au point de vue de la grossesse primitivement abdominale il est difficile, en effet, de se prononcer. Les observations de M. Hartmann sont très intéressantes ; et dans le cas de M. Rochard, l'examen histologique n'ayant pas été fait, on ne peut dire s'il y a eu au début greffe de l'œuf sur la frange du pavillon.

II. — *Sur quelques observations envoyées par* MM. Lafourcade (de Bayonne) et Pauchet (d'Amiens).

Rapport par M. L.-G. RICHELOT.

1° M. Lafourcade nous a envoyé, trop tard pour qu'elle pût figurer dans notre discussion sur les *péritonites purulentes*, une observation qui se place tout naturellement à côté de celles que nous avons discutées.

Il s'agit d'une femme de 24 ans, chez laquelle M. Lafourcade constata la présence d'une tumeur hépatique de la grosseur d'un œuf de poule, qu'il considéra comme un petit kyste hydatique. La malade avait en même temps une « bronchite chronique » qui sembla contre-indiquer

toute intervention immédiate. Deux semaines plus tard, douleur subite dans la région du foie, disparition de la tumeur et symptômes de péritonite. Après une accalmie de quinze jours, nouvelle poussée, vomissements, températures élevées, distension du ventre et sensibilité. Y a-t-il péritonite tuberculeuse à la suite de la rupture d'un abcès froid sous-phrénique? Une ponction abdominale fait couler 5 litres de pus jaune verdâtre et amène une sédation remarquable pendant huit jours. Enfin à la suite d'une poussée nouvelle, onze jours après la ponction, vingt et un jours après le début des accidents péritonitiques, M. Lafourcade fait une laparotomie et retire 7 litres de pus. Il constate que la suppuration s'étend jusqu'au cul-de-sac de Douglas, mais qu'en somme il s'agit d'une péritonite enkystée et non diffuse, une membrane tomenteuse et rougeâtre recouvrant la masse intestinale et la défendant contre le pus. Cette péritonite, dont la cause n'a pu être découverte, guérit progressivement après lavages et drainage. La malade guérit et cesse de tousser.

Avons-nous affaire ici à la rupture d'un kyste hydatique suppuré du foie, de ces ruptures moyennes qui n'entraînent pas rapidement la mort mais donnent lieu à des accidents, atténués et pouvant guérir? C'est possible; quoi qu'il en soit, l'observation de M. Lafourcade rentre bien dans le cadre de notre discussion récente, car elle nous montre une péritonite très étendue et d'apparence très grave, enkystée néanmoins et respectant la masse intestinale, et, grâce à cet enkystement ou à la nature de son pus et de ses microorganismes, ayant évolué avec une bénignité relative et abouti à la guérison.

2° M. Pauchet (d'Amiens) nous a fait deux envois. Le premier est l'histoire d'un *gros kyste multiloculaire ovarique* ouvert deux fois dans l'intestin et compliqué de fibrome.

Femme de 45 ans, début il y a treize ans; la troisième année, le kyste s'affaisse subitement et la malade rend par l'anus « un seau de liquide clair ». Deuxième évacuation spontanée il y a six ans. Aujourd'hui, le ventre est énorme et fluctuant; le toucher vaginal permet de reconnaître un fibrome dans le petit bassin.

M. Pauchet fait la laparotomie et trouve un kyste uniloculaire gauche contenant de 15 à 18 litres de liquide citrin. Fait remarquable, il n'y a pas d'adhérence à l'intestin, pas la moindre trace des anciennes ruptures; la surface intestinale, au voisinage du kyste, est parfaitement lisse et polie. A l'ovariotomie, M. Pauchet ajoute l'extirpation du fibrome, qu'il énucléé de la paroi utérine en respectant la cavité, suturant le tissu musculaire et laissant l'utérus à sa place.

L'observation offre deux points intéressants : le traitement conservateur de l'utérus fibromateux, dont M. Pauchet s'est tiré fort habilement; puis ce fait que plusieurs ruptures d'un kyste ovarique

dans l'intestin peuvent être suivies d'une guérison locale parfaite, sans adhérences persistantes et avec une restitution complète des surfaces séreuses. Je me rappelle qu'à l'époque où nous ne faisions pas encore l'hystérectomie vaginale pour les suppurations pelviennes, j'ai fait une laparotomie, non sans appréhension, pour un pyosalpinx qui s'était ainsi vidé dans le rectum, et que j'ai été surpris de voir la poche salpingienne s'isoler facilement de l'intestin et celui-ci ne porter aucune trace de la lésion qu'il avait subie.

Le second envoi de M. Pauchet est une série de 19 hystérectomies abdominales totales faites par lui depuis un an qu'il exerce la chirurgie à Amiens, et toutes suivies de guérison. Il m'écrit : « J'ai fait 13 hystérectomies abdominales totales pour fibromes : 1 par le procédé de Doyen, 1 par l'américain, 11 par le vôtre (le procédé que j'ai décrit à la Société de chirurgie en juin dernier, et dont la discussion est en cours). J'en ai fait 6 pour annexites suppurées : 2 par votre procédé, en dégageant le col par le cul-de-sac antérieur et enlevant tout l'appareil d'une seule pièce; dans trois autres cas, pouvant isoler facilement de la paroi pelvienne les annexes d'un côté, j'ai suivi le procédé américain, en opérant de gauche à droite; dans le 6e cas, il y avait une appendicite concomitante, l'appendice était perforé et fixé à la face postérieure des annexes. »

Je ne veux pas analyser en ce moment les observations de M. Pauchet, car je compte revenir sur la question en répondant aux orateurs qui ont bien voulu discuter mon procédé actuel d'hystérectomie abdominale. Je me borne à vous faire remarquer cette brillante série de 19 opérations graves sans mortalité, et à féliciter M. Pauchet d'avoir si bien appliqué les principes qu'il a su recueillir pendant son internat et dont quelques-uns, je me plais à le constater, viennent de mon service.

Je vous propose de remercier de leurs communications MM. Lafourcade et Pauchet, que bientôt vous jugerez dignes de figurer parmi nos meilleurs correspondants.

Discussion.

M. Pozzi. — Je ferai une simple observation à propos du rapport de M. Richelot. Je croirais volontiers que la malade de M. Lafourcade a été atteinte d'une péritonite à pneumocoques, dont nous connaissons tous la bénignité. Mais je me demande si ces abcès péritonéaux à pneumocoques ne sont pas le plus souvent consécutifs à des infections pulmonaires primitives, dont la manifestation péritonéale est un épiphénomène ultérieur. La longue durée de temps qui s'est écoulée dans l'intervalle est en faveur de cette explication. J'ai vu des malades atteintes de salpingites rester

dix ans sans rien présenter et se croire guéries, lorsqu'à la suite d'une grippe elles étaient brusquement prises de suppuration des annexes, cédant à l'évacuation simple par l'incision du cul-de-sac. Je me demande si ces pelvipéritonites survenant dans le cours d'une grippe ne sont pas des abcès à pneumocoques.

M. Richelot. — Je me rangerai volontiers à l'hypothèse de M. Pozzi, d'autant mieux que le cas de M. Lafourcade rentre assez bien dans la catégorie des faits de péritonite que nous avons discutés cette année. Il aurait sa place à côté du cas de M. Malapert, qui a été le point de départ de notre discussion.

Si j'ai admis ici la possibilité de la rupture d'un kyste hydatique, c'est parce que ce diagnostic avait été d'abord porté. Mais je suis tout disposé à quitter ce diagnostic pour celui de M. Pozzi.

Communication.

Examen clinique et anatomo-pathologique d'une luxation traumatique sus-pubienne de la hanche chez un sujet mort cinq heures après l'accident.

Par MM. DEMONS et BÉGOUIN.

Le 12 avril 1897, à une heure de l'après-midi, on apportait dans notre service, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, un charretier qui, quelques instants auparavant, était tombé sous son tombereau chargé de sable. La hanche droite avait fait « cale », et la roue s'était arrêtée sans lui passer sur le corps ; il n'avait pas perdu connaissance, mais n'avait pu se relever.

Ce furent là tous les renseignements qu'il put nous donner.

C'était un homme de 56 ans, grand et bien musclé, mais qui présentait un facies de vieil alcoolique : il exhalait, du reste, une forte odeur de rhum.

Le visage était pâle, le pouls régulier, un peu faible sans être cependant petit, battait à 68 ; la respiration était normale. D'une voix forte, le malade répondait bien aux questions qu'on lui posait. Il y avait là, en somme, un état de shock moyen qui ne sembla pas inquiétant à celui de nous qui fut appelé auprès de cet homme.

En découvrant ce malade, nous aperçûmes d'abord une plaie contuse au côté droit du scrotum, par laquelle le testicule sain faisait hernie ; ce n'était là qu'un accident de médiocre gravité. Le mal principal siégeait à la hanche.

Le membre inférieur droit, en légère abduction, reposait sur le plan du lit par sa face externe. Il était en extension, bien que la jambe fut très légèrement fléchie sur la cuisse, et il semblait un peu raccourci.

La mensuration faite de l'épine iliaque antéro-supérieure à la pointe de la malléole interne indiquait deux centimètres de moins sur le membre malade que sur le membre sain placé dans la même attitude.

La hanche était déformée. On voyait, au niveau de la partie moyenne de l'arcade de Fallope, une tuméfaction arrondie, du volume d'un œuf de poule ; au-devant d'elle, sous la peau, l'artère fémorale battait.

En dehors, la saillie du grand trochanter avait disparu : le toucher la faisait sentir plus rapprochée de la crête iliaque qu'à l'état normal, séparée d'elle par un espace où l'on pouvait facilement enfoncer les doigts, grâce au relâchement des muscles fessiers. Quant à la tuméfaction située au niveau de l'arcade crurale, elle présentait à la main tous les caractères de la tête du fémur et suivait les mouvements imprimés à cet os. Il ne paraissait y avoir aucune complication du côté du bassin. C'étaient là tous les signes d'une luxation sus-pubienne.

Comme le malade se plaignait beaucoup du pli de l'aine, on pensa que cette douleur provenait surtout de la position vicieuse de la tête fémorale, et l'on se mit en devoir de réduire immédiatement la luxation sans chloroforme.

Le patient fut placé par terre sur un matelas, le bassin maintenu fixe. Le membre fut alors saisi sous le jarret et on essaya de fléchir fortement la cuisse. On n'y put réussir : la luxation, loin de se réduire, semblait avoir tendance à se transformer en intrapelvienne.

Le membre fut alors ramené dans l'extension et l'abduction avec rotation interne. Dans ce mouvement, la sus-pubienne se transforme subitement en ovalaire, puis quand on essaie de rejeter la tête dans la cavité cotyloïde, la luxation sus-pubienne se reproduit.

Ces mouvements n'avaient duré que quelques minutes, et n'avaient exigé aucune force. Cependant, sur les instances du blessé, on remit au lendemain un nouvel essai de réduction.

Trois heures plus tard cet homme mourait, cinq heures environ après l'accident.

Le lendemain nous fîmes la nécropsie. Le corps, en état de rigidité cadavérique très marqué, présentait une ecchymose au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure et aussi de la tête fémorale luxée.

A l'incision de la paroi abdominale on trouva le tissu cellulaire sous-cutané infiltré de sang au-dessus de l'arcade de Fallope. Les autres couches de la paroi étaient normales.

Les anses intestinales étaient intactes et il n'y avait pas de sang dans le péritoine. Mais au-dessous de la séreuse on apercevait une coloration brun foncé qui s'étendait à toute la moitié droite du petit bassin, à la fosse iliaque, et jusque dans la région lombaire. Le tissu cellulaire sous-péritonéal était, en effet, tout infiltré de sang, et cette infiltration se prolongeait dans la cuisse au-dessous de l'arcade crurale. Une incision faite sur la partie antérieure de la cuisse, suivant le trajet des vaisseaux fémoraux, montrait que tout le tissu cellulaire qui les entourait était aussi imprégné de sang jusqu'à l'anneau du troisième adducteur.

L'artère fémorale intacte était au-devant de la tête, tandis que la veine était en dedans. La tête du fémur avait presque passé entre les deux vaisseaux. La veine circonflexe iliaque, s'abouchant un peu bas sur ce sujet, était rompue à quelques millimètres de son implantation.

Au-dessous de l'arcade crurale qui avait été refoulée en haut et en avant, la tète du fémur se présentait à nu dans le tissu cellulaire sous-cutané. Elle reposait par sa partie postéro externe sur l'os iliaque, entre l'épine antéro-inférieure et l'éminence iléo-pectinée. Le muscle psoas iliaque était refoulé en dehors avec le nerf crural ; en dedans, pendaient les lambeaux du muscle pectiné partagé en deux par une déchirure perpendiculaire à la direction de ses fibres. La tête fémorale était intacte, mais le ligament rond était arraché à son insertion sur elle.

En bas et en dedans, on voyait, à travers le pectiné déchiré, une cavité irrégulière située au-devant du trou obturateur, dans laquelle la tête avait dû se placer quand, dans notre tentative de réduction, la luxation s'était tranformée en ovalaire.

Avant de continuer l'autopsie, nous avons essayé de réduire la luxation. Le membre fut saisi sous le jarret, et la cuisse fut fléchie en même temps qu'elle était fortement tirée en dehors et soulevée en haut. La tête se dégagea devant nos yeux de sa situation anormale, et il suffit alors de faire une légère rotation en dedans pendant qu'on ramenait le membre dans l'extension avec adduction pour que la tête réintégrât la cavité cotyloïde.

La luxation fut alors reproduite et le col fut sectionné à la scie pour permettre de voir la cavité cotyloïde et d'examiner l'état de la capsule. Celle-ci était déchirée largement en dedans et en avant depuis le bord interne du ligament ilio-fémoral resté intact jusqu'au dessous et en arrière de l'échancrure ischio-pubienne. La déchirure avait la forme d'un triangle dont la base répondait au sourcil cotyloïdien et mesurait plus du tiers de sa circonférence. La cavité cotyloïde ainsi que le sourcil cotyloïdien étaient intacts de même que les muscles pelvi-trochantériens.

Telles sont les lésions que nous avons relevées au niveau de la hanche.

Le cœur, chargé de graisse, était mou ; sa paroi, jaune à la coupe, flasque, indiquait une dégénérescence graisseuse avancée. Le foie était atteint, lui aussi de dégénérescence graisseuse.

Les poumons étaient sains, ainsi que le cerveau, les reins, la vessie.

Quelques points dans cette observation nous semblent dignes d'intérêt.

C'est d'abord cette mort rapide après une luxation de la hanche. C'est là un fait exceptionnel que ne peuvent expliquer ni la petite plaie du scrotum, ni l'épanchement de sang le long des vaisseaux fémoraux.

Il faut probablement la mettre sur le compte du shock traumatique chez un homme alcoolique au cœur et au foie gras. Une conséquence pratique en découle. Il est peut-être prudent de ne

pas tenter des manœuvres de réduction, même sans violence, aussitôt après l'accident chez des individus qu'on soupçonne atteints de tare organique ou qui sont en état de shock. Il vaudrait mieux attendre le relèvement des forces.

Ce qui est plus important, c'est que cette observation constitue, pensons-nous, le second cas de luxation sus-pubienne récente avec autopsie.

Le premier appartient à Aubry (de Rennes), in, Thèse Kummer Strasbourg, 1853, et semble avoir été négligé par les auteurs didactiques.

En effet, jusqu'à présent, on a toujours décrit les lésions de cette variété de luxation de la hanche d'après des expériences cadavériques et une autopsie que fit A. Cooper « quelque temps après l'accident », alors que la cavité cotyloïde était comblée en partie par du tissu osseux (Hamilton, trad. Poinsot, p. 1070).

Chez notre malade nous avons constaté les lésions décrites dans les classiques, mais il y avait en plus une déchirure transversale du pectiné qui n'existait pas dans le cas d'Aubry où la tête avait passé entre le psoas et le pectiné. On pourrait peut-être nous objecter que le pectiné s'est rompu pendant nos manœuvres de réduction. Ce fait est peu probable, car nous n'avions fait qu'une tentative sans déployer une grande force.

Dans la luxation sus-pubienne plus que dans toute autre, les vaisseaux importants de la cuisse sont menacés. Nous avons constaté une rupture de la veine circonflexe iliaque. La veine fémorale fut rompue dans un cas de Kronlein. L'artère fémorale paraît n'avoir été lésée que dans un cas de Goldsmith (in, Hamilton) où un anévrysme diffus se montra deux mois après l'accident. Chez notre blessée, elle était fortement soulevée par la tête du fémur déplacée.

Nous devrions surtout mettre en relief les conclusions pratiques relatives à la réduction des luxations sus-pubiennes, conclusions auxquelles nous ont conduits l'examen necroscopique, la tentative faite sur le vivant, la réduction opérée après la mort et enfin des expériences sur des articulations disséquées.

Il y a là, comme on sait, une question de thérapeutique encore mal fixée.

A ce propos, MM. Forgues et Reclus disent (*Traité de thérapeutique chirurgicale*, t. I[er], p. 592). « Dans la luxation en avant, sur le pubis, les manœuvres de douceur paraissent peu recommandables. La flexion n'arriverait qu'à refouler et enfoncer la tête dans la région iliaque. Il nous semble plus rationnel d'exercer une traction à moufle sur le membre luxé, suivant son axe, c'est-à-dire en abduction, de faire la contre-extension par un large drap sous-

périnéal, et, quand la traction a descendu la tête, de la refouler vers le cotyle, en la soulevant en dehors au moyen d'une écharpe passée autour de la cuisse et du cou du chirurgien. » Nous pensons que les si vives et si justes critiques adressées aux manœuvres de force employées pour la réduction des autres luxations de la hanche doivent également s'appliquer à celles que l'on conseille dans le traitement de la luxation sus-pubienne. Nous estimons que la méthode de Desprès est encore ici la meilleure. Toutefois, il convient de lui faire subir une modification. L'objection formulée par MM. Forgues et Reclus est, en effet, fort juste. Si l'on veut commencer l'opération par la flexion de la cuisse, il peut arriver que la tête, au lieu de glisser de haut en bas, soit dirigée vers la cavité du bassin et que la luxation sus-pubienne se transforme ainsi en intra-pelvienne. C'est ce qui failli nous arriver dans notre première tentative de réduction. Ce n'est que dans la luxation pubienne proprement dite qu'on peut espérer obtenir un bon résultat de la flexion de la cuisse comme premier temps de la réduction. Dans la luxation sus-pubienne il faut donc dégager la tête de sa position trop élevée. Nous pensons que pour y parvenir il faut bien exercer une traction sur le membre luxé suivant son axe, c'est-à-dire en abduction, mais que la moufle n'est pas nécessaire (si la luxation est récente). Aussitôt que la tête s'est abaissée, on doit commencer à fléchir la cuisse tout en l'élevant directement en haut, en la soulevant de manière à la détacher, pour ainsi dire, des plans profonds sur lesquels elle repose. Cette tête se trouve ainsi rapprochée de la boutonnière capsulaire par ces trois mouvements qui se suivent de si près et sont si bien associés l'un à l'autre qu'ils semblent en réalité n'en faire qu'un seul. Il ne doit y avoir là rien de cette brusquerie recommandée par beaucoup d'auteurs et que nous trouvons fâcheuse. Dans un second temps on ramène le membre en rotation en dedans, en adduction et enfin en extension.

La manœuvre se compose donc en réalité de six mouvements :

1° Traction sur le membre suivant son axe pathologique (en abduction) ;

2° Flexion de la cuisse sur le bassin ;

3° Traction en haut : soulèvement ;

4° Rotation en dedans ;

5° Adduction ;

6° Extension.

Mais nous ne saurions trop insister sur ce fait que plusieurs de ces mouvements non seulement doivent se suivre immédiatement, mais qu'il les faut combiner. Par exemple, tout en fléchissant la cuisse, il faut en même temps soulever le membre en haut; sans cela la flexion perd toute sa valeur et garde tous ses inconvénients.

De même pour la rotation en dedans, l'adduction et l'abaissement final en extension.

De telle sorte que, dans la pratique, la méthode dont nous sommes les partisans comprend trois temps principaux :

1° L'action sur le membre en abduction ;

2° Flexion de la cuisse sur le bassin avec soulèvement du membre ;

3° Rotation en dedans, adduction et extension.

La *traction en dehors et en haut* est un des points qui ont le plus d'importance : si avant l'adduction et l'extension on employait seulement la flexion de la cuisse avec rotation interne, la tête fémorale qui n'est plus soutenue par le pectiné rompu risquerait beaucoup de se porter en dedans, au-devant du trou ovale, comme cela est arrivé chez notre malade, chez ceux du Dr Henry (Hamilton, p. 1074) et de Bousquet (*Soc. d'anat. et de phys. de Bordeaux*, 1896, p. 321).

Le maintien de la traction en haut et en dehors pendant le mouvement de rotation interne évitera cette cause d'insuccès.

Discussion.

M. Lejars. — Je voudrais simplement faire quelques réflexions sur les manœuvres de réduction applicables à cette variété de luxation de la hanche.

J'ai observé, en 1893, à l'Hôtel-Dieu, où je suppléais mon maître Le Fort, un cas fort net de luxation sus-pubienne de la hanche droite.

Il s'agissait d'un fort de la Halle qui, le 29 juin, portant sur le dos une charge de 175 kilogrammes, avait glissé sur le pavé et s'était abattu « en faisant le grand écart ». Le membre était en abduction et en rotation externe et la tête fémorale dessinait un relief des plus accusés au-dessus de la branche horizontale du pubis. Il fut apporté à l'Hôtel-Dieu le 30 juin et des manœuvres de réduction furent pratiquées, sous le chloroforme, et ne donnèrent aucun résultat. Je le vis le lendemain, 1er juillet, et une nouvelle séance de réduction eût lieu, sous le chloroforme ; le genou présentait des mouvements de latéralité assez prononcés, témoignant des tiraillements qu'il avait subis au cours des tentatives de la veille. Le blessé fut couché par terre, sur un matelas, et, après quelques essais infructueux de flexion avec rotation externe, je portai la cuisse en abduction forcée et, en exagérant progressivement le mouvement, je constatai que la tête fémorale se déplaçait, descendait et venait se loger au-dessous de la branche horizontale du pubis, dans la fosse ovale : la luxation sus-pubienne s'était transformée en luxation ovalaire. La réduction s'acheva alors sans peine par la traction en haut de la cuisse fléchie, avec rotation en dedans.

Il me paraît donc que, dans la luxation sus-pubienne, les manœuvres de flexion ne sont susceptibles de fournir aucun résultat utile ; il faut commencer par porter la cuisse dans une abduction forcée et continuer ce mouvement jusqu'à ce que la tête se mobilise et glisse en bas dans la fosse ovale ; la transformation en luxation ovalaire doit être considérée comme le premier temps de la réduction.

M. Kirmisson. — J'ai été très étonné d'entendre parler de tractions sur le membre. Dans ces luxations, on doit fléchir le membre et le porter dans l'abduction. On tranforme ainsi la luxation en luxation ovalaire qu'on réduit ensuite !

M. Reynier. — Je partage entièrement la manière de voir de MM. Lejars et Kirmisson. J'ai eu, il y a trois ans, une luxation sus-pubienne à réduire et je n'ai pu, en effet, la réduire qu'en portant le membre dans l'abduction et en transformant dans un premier temps la luxation en luxation ovalaire.

Présentations de malades.

Gastro-entérostomie pour sténose pylorique.

M. Tuffier présente un malade auquel il a pratiqué la gastro-entérostomie pour sténose pylorique. La lésion sous les yeux, il était complètement impossible de savoir si l'on avait affaire à un vieil ulcère cicatriciel ou à une tumeur cancéreuse.

Discussion.

M. Terrier. — J'ai fait déjà un certain nombre de gastro-entérostomies. Or, je reconnais qu'il est souvent absolument impossible de faire, le ventre ouvert, le diagnostic entre un cancer et un ulcère. C'est là un fait accepté par tous les chirurgiens.

La triade dont parle M. Tuffier, vascularisation, ganglions, adhérences, n'est d'aucune utilité et se rencontre dans les deux cas.

Quand on se trouve en présence d'un diagnostic aussi incertain, on n'est pas autorisé à faire la résection de l'estomac. D'ailleurs, soit dit en passant, la résection complète n'est pas possible ; elle n'a été faite que chez le chat.

En pareil cas, il est plus logique de faire la gastro-entérostomie que l'extirpation. Celle-ci n'est admissible que dans les cas de cancers non douteux.

A l'appui de ce que je dis, je citerai deux cas qui m'ont donné en pareille occurence deux succès par gastro-entérostomie, contre mon attente.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une malade qui m'avait été envoyée par un de mes collègues. A la palpation, elle présentait une plaque adhérente à la paroi abdominale. Je lui fis la laparotomie. Je tombai, en effet, sur une plaque formée par des adhérences épiploïques. Après dissection, je pus arriver sur l'estomac et reconnaître qu'il s'agissait non pas d'un cancer, comme je l'avais cru primitivement, mais d'un ulcère.

Je fis alors un pli à l'estomac, de manière à ce que l'ulcère fut en dedans, dans la cavité stomacale, ce qui a déjà été fait par d'autres chirurgiens. Après avoir rentré ainsi l'ulcère, je fis la gastro-entérostomie et cette malade qui était, avant l'opération, dans un état pitoyable, a parfaitement guéri.

Dans un autre cas, je me trouvai en présence de phénomènes analogues qui rendaient le diagnostic incertain. Là encore, après avoir détruit des adhérences, je me trouvai en présence d'un ulcère gagnant du côté du péritoine.

Comme dans le premier cas, je rentrai, par un pli fait à l'estomac et maintenu par des points de suture, cette ulcération, et fis ensuite une gastro-entérostomie. Cette malade a encore parfaitement guéri.

Aussi, dans le doute, je pense que la gastro-entérostomie est préférable à l'extirpation de la tumeur, qui peut être faite secondairement.

Mais il est important de mettre en lumière un autre point sur lequel on n'a pas encore assez insisté. Qu'on ait fait la gastro-entérostomie ou une résection partielle de l'estomac, un traitement post-opératoire médical est toujours nécessaire. Après ces opérations, il persiste, en effet, des troubles dus à ce que l'estomac, qui a nécessité ces interventions, est malade et fonctionne mal.

Ce n'est qu'après ce traitement médical post-opératoire qu'on peut dire que les malades sont guéris. Si on ne le fait pas, les malades souffrent et ces souffrances ne tiennent pas au procédé employé.

Ceci répond à ce que vient de nous dire M. Tuffier, qui regrette d'avoir été forcé de faire, à son grand désespoir, la gastro-entérostomie antérieure.

Celle-ci donne d'aussi bons résultats que la gastro-entérostomie postérieure, si on a le soin bien entendu, de renverser l'anse intestinale et de bien placer ces sutures.

Si on avait tenu compte, je le répète, de la nécessité de ce traitement post-opératoire dont je viens de parler, on aurait vu que

pour avoir de bons résultats, il n'est pas nécessaire de chercher tant de procédés.

Abcès gazeux sous-phrénique.

M. Lejars. — J'ai eu l'occasion d'observer et d'opérer, dans le courant de l'été dernier, avec mon collègue M. Courtois-Suffit, deux malades atteints d'abcès gazeux sous-phrénique. M. Courtois-Suffit, qui s'est livré, à propos de ces deux faits, à des recherches fort intéressantes, en fera l'objet d'une prochaine communication à la Société médicale des hôpitaux. Je tiens seulement à vous présenter l'un de ces malades, aujourd'hui guéri, et à vous soumettre quelques réflexions sur le rôle dévolu au chirurgien dans le traitement de cette grave affection.

Notre malade est un homme de 40 ans, employé autrefois à la raffinerie et qui travaillait dans la peinture depuis trois mois seulement. Ce dernier détail avait son importance, comme nous allons le voir, dans la discussion fort épineuse du diagnostic. On relevait, dans son histoire, des accidents assez mal caractérisés de « gastrite » et des douleurs sourdes se reproduisant de temps en temps, dans l'hypochondre droit, depuis dix ans.

Toujours est-il que la crise actuelle avait eu un début assez brusque, marqué par des douleurs violentes, des vomissements et du ballonnement du ventre.

Lorsqu'il entra à l'hôpital Beaujon, le 6 juillet dernier, la situation parut d'emblée très-grave : le facies était grippé, terreux, les yeux excavés, la langue sale et un peu sèche; le tympanisme abdominal était considérable, surtout dans les régions supérieures, au niveau des hypochondres et de l'épigastre ; la palpation était douloureuse sur toute la surface du ventre, mais la douleur était surtout accusée au niveau du creux de l'estomac et sur le bord externe du muscle grand droit, à droite. A ce niveau, comme dans le reste de l'abdomen, la sonorité était exagérée. Ajoutons que depuis trois jours, il n'y avait pas eu de selles ; et, d'après l'ensemble de ces symptômes, M. Courtois-Suffit put penser d'abord à des accidents d'occlusion intestinale.

Mais ces accidents ne tardèrent pas à se modifier, tout en conservant un caractère de gravité particulière, et je résume brièvement les notes très complètes que M. Courtois-Suffit a bien voulu me communiquer.

Le 9 juillet, les vomissements avaient cessé, le ballonnement était moindre dans la région sous-ombilicale, mais il restait considérable au-dessus de l'ombilic, et le ventre, de ce fait, apparaissait comme bilobé. Cet aspect tout spécial ne fit que s'accentuer dans les jours qui suivirent; bien que les selles fussent redevenues à peu près journalières, le ballonnement épigastrique demeurait très accusé, on trouvait même, à ce niveau, une circulation collatérale déjà bien dessinée et un peu d'œdème

de la paroi. La douleur était nettement localisée à l'hypochondre droit. L'état général restait très précaire, le facies était tiré et jaunâtre, l'appétit nul, la température oscillait autour de 38°, l'amaigrissement et la déchéance générale étaient de plus en plus alarmants.

Lorsque M. Courtois-Suffit me montra le malade, le 21 juillet, mon impression fut des plus mauvaises et il me fut impossible de ne pas songer à l'évolution rapide d'un néoplasme malin de l'abdomen. La voussure était très accusée à l'épigastre et dans l'hypocondre droit, il y avait, de plus, un léger empâtement avec submatité limité à l'union des deux régions, tout autour régnait un tympanisme si étendu qu'il masquait entièrement la matité hépatique.

Le lendemain matin, je pratiquai, sous l'éther, une incision médiane sus-ombilicale de 25 centimètres environ : le tissu cellulaire sous-péritonéal était épaissi et infiltré et, dès que je l'eus traversé et qu'une boutonnière fut faite au péritoine, une abondante quantité de gaz, d'une fétidité extrême, s'échappa bruyamment, mêlée de pus : on eût dit vraiment qu'une anse adhérente d'intestin venait d'être ouverte. Par l'incision agrandie, il sortit au moins un litre de ce pus grisâtre et nauséabond, toujours accompagné de grosses bulles gazeuses : nous étions dans une vaste cavité, fermée de toutes parts dont la paroi supérieure était figurée par le diaphragme, l'inférieure par le foie et l'estomac refoulés et abaissés, et qui se prolongeait en arrière entre le diaphragme et le foie, jusqu'aux extrêmes limites que le doigt pût atteindre. Une sorte de membrane, d'un jaune grisâtre, tapissait toute cette cavité, en recouvrant les organes ambiants, et nous n'eûmes garde de la rompre. Après un grand lavage à l'eau bouillie dont on fit passer quatre litres dans la poche, on en réunit les bords à la peau, par quelques crins de Florence, et l'incision fut à peine retrécie par quelques points de suture, en haut et en bas et laissée largement béante : deux gros drains pénétraient jusqu'au fond de la cavité.

Cette intervention fut suivie d'une amélioration très marquée, pourtant la température ne tomba qu'au cinquième jour, et le suintement fut pendant les premières semaines assez considérable pour nécessiter de nombreux pansements et des lavages répétés de la cavité sous-phrénique. Grâce aux soins que M. Véron, interne du service, apporta à ce traitement, les dimensions de la poche se retrécirent bien rapidement, en même temps que l'état général encore très inquiétant dans les premiers temps, redevenait meilleur. Au bout de deux mois, le 20 septembre, le malade sortait de l'hôpital, ne conservant plus, au niveau de l'ancienne incision, qu'une petite surface granuleuse.

Aujourd'hui tout est cicatrisé, la région n'est nullement douloureuse, l'appétit est excellent, la mine très satisfaisante, et le malade guéri a repris ses travaux.

Je ne veux insister ni sur la pathogénie ni sur le diagnostic, évidemment fort complexe, de ces *abcès gazeux sous-phréniques;* j'ai tenu simplement à apporter un document. Il démontre, une fois de plus, que dans les cas de ce genre, il n'y a rien à attendre

que de l'intervention chirurgicale, hâtivement faite, et en somme très simple, puisqu'elle ne comporte que l'ouverture large, le lavage et le drainage de l'abcès, et aussi que, même dans les formes les plus graves, cette intervention peut assurer la guérison complète.

3° M. Gérard-Marchant. — Je présente un malade atteint d'ostéoarthrite du cou de pied. Je lui ai proposé l'amputation il y a dix-sept mois, tant l'aspect de la jointure était mauvais. Devant les instances du malade, je me suis borné aux injections de chlorure de zinc, selon la technique de M. Lannelongue. Le membre a été ensuite immobilisé dans un appareil de marche. Aujourd'hui je présente le malade guéri par ankylose, et la guérison est survenue avec une telle perfection que j'en suis surpris.

4° M. Guillemain présente un malade qu'il a trépané pour *épilepsie jacksonnienne*.

Présentations de pièces.

Etranglement interne par un diverticule de Meckel.

1° M. Routier. — Les pièces que j'ai l'honneur de présenter à la Société viennent comme une confirmation de ce que je disais ici au cours de notre discussion sur l'occlusion intestinale, à savoir : que le diagnostic de la cause de l'occlusion est le plus souvent impossible et que, dans ce cas surtout, la laparotomie était indiquée de préférence à l'anus contre nature.

Voici, du reste, l'observation du malade :

Homme de 39 ans, entré le 20 octobre 1897 dans le service de M le Dr Barth, à Necker, avait été pris la veille de vives douleurs abdominales sans localisation bien marquée, et suivies de vomissements porracés abondants avec sueurs profuses.

Dès le début des accidents, suppression des selles et des gaz. A son entrée, M. Barth constate le ballonnement du ventre, qui se laisse moins déprimer à droite où on sent une tuméfaction comme un œuf dans la fosse ilaque droite.

Les urines sont rares : on donne un lavement suivi d'une selle.

21, 22 *et* 23 *octobre*. — Même état empirant, on le passe dans mon service, les vomissements sont noirs, le pouls petit, très fréquent, 38°.

J'était absent, et on fait mander le chirurgien de garde, M. Rochard, qui l'opère à 6 heures du soir.

Parti sur le diagnostic d'appendicite, le chirurgien fait une incision parallèle à l'arcade crurale, issue de liquide louche, le cœcum est affaissé l'appendice adhérent à la paroi abdominale et replié sur lui-même ; il est enlevé. Une anse intestinale coudée est attirée dans la plaie, on la débarrasse des fausses membranes qui la couvrent. — Drainage. Mort à 4 heures du matin.

Autopsie. — Les anses du grêle sont très distendues, en les attirant partie à gauche, partie à droite, on arrive à voir un gros cordon noirâtre tordu sur lui-même 2 ou 3 fois qui contourne en l'étranglant une anse du grêle : ce cordon gros comme le pouce est un diverticule de Meckel s'insérant à 1 mètre de la valvule ilio-cœcale sur l'iléon. Toute la partie de l'intestin qui est au-dessus est distendue et rouge; la partie au-dessous est affaissée et couverte de plaques vertes et noires comme celle de l'anse coudée attirée dans la plaie au cours de l'opération.

Ce cas me paraît un exemple bien net et bien démonstratif pour prouver la véracité de mes assertions.

Je disais : il faut intervenir à temps, de bonne heure, de très bonne heure; ici, on a perdu trois jours et cependant le malade était très observé par un médecin soigneux et instruit.

Dans les cas douteux, disais-je, faites la laparotomie et la laparotomie médiane. C'était la seule incision qui, dans ce cas, pouvait permettre de se rendre compte des faits et qui aurait permis de lever l'étranglement.

Enfin, comme difficulté de diagnostic, je n'ai pas à faire de commentaires.

2° M. Pozzi présente les matériaux du pansement japonais employé et inventé pendant la guerre entre la Chine et le Japon.

Il s'agit d'une poudre de charbon très légère, très abondante et aseptique, qui est obtenue par la combustion lente de la paille de riz. Cette poudre peut avoir son utilité en chirurgie d'armée.

3° M. Reynier présente, au nom de M. Jonnesco (de Bucharest), les photographies par rayons X d'un corps étranger de la bronche gauche, qu'il a extirpée en faisant une bronchotomie.

Le travail est renvoyé à une commission. (M. Berger, rapporteur.)

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

Nélaton.

Séance du 3 novembre 1897.

Présidence de M. Delens.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° M. Bazy dépose sur le bureau de la Société deux observations de M. Broussin (de Versailles) : la dernière intitulée, *Corps étranger (saucissson) extrait du rectum*; la deuxième, *Corps étranger (épingle à cheveux) extrait de l'urèthre* (M. Bazy, rapporteur) ;

3° M. Routier donne lecture d'une lettre de M. Cauchois, membre correspondant. Dans cette lettre M. Cauchois rappelle qu'il a publié une observation de grossesse extra-utérine opérée par laparotomie et guérie par l'ablation de la trompe du côté malade.

A propos du procès-verbal.

M. Reynier. — Voici une observation qui vient à l'appui de ce que nous disait M. Pozzi dans la dernière séance. — Une femme jeune est prise de grippe en avril, elle se rétablit ; en juillet elle est prise de douleurs vives dans le côté gauche, on constate une salpyngite volumineuse. On fait la laparotomie et la poche enlevée contenait du pus à pneumocoques.

Discussion sur l'occlusion intestinale.

M. Peyrot. — Il y aura bientôt 20 ans qu'ayant à formuler des conclusions dans un travail sur l'intervention chirurgicale dans les obstructions intestinales, j'écrivais à peu près ceci :

« *Dans les obstructions aiguës*, si le diagnostic de la cause peut être fait, il n'y a aucune hésitation dans le traitement ; il faut supprimer cette cause par la laparotomie ; si le diagnostic n'est pas certain, pratiquer encore la laparotomie à moins que le malade soit dans un état de faiblesse extrême.

Dans les obstructions chroniques il sera presque toujours nécessaire de pratiquer l'anus artificiel. La laparotomie sera quelquefois indiquée. Ici encore nécessité de tenir le diagnostic d'aussi près que possible. »

Le temps me paraît avoir consacré ce qui paraissait un peu hasardé en 1880 et j'ai entendu ici plusieurs de mes collègues conclure presque dans les termes que j'avais employés.

Il est clair pour moi que toujours l'anus artificiel dans un cas d'obstruction intestinale de cause non reconnue sera un pis-aller. Quel est le chirurgien qui, tout en faisant très délibérément l'anus artificiel, ne regrettera pas de ne pouvoir faire davantage ? Je mets de côté les obstructions par paralysie intestinale consécutives aux interventions sur l'abdomen dont M. Ségond vous a parlé. Il s'agit là d'une lésion toute spéciale, et presque toujours, quand l'intestin est ouvert on peut s'en aller satisfait en se disant que toutes les indications sont remplies.

Mais en dehors de ces conditions comment se contenter de l'anus artificiel ? Tous les succès que m'aurait fournis cette opération ne me consoleraient pas d'avoir une seule fois méconnu une bride ou une hernie interne qu'il aurait été si facile de faire dispaître par la laparotomie.

La statistique ne peut être d'aucun secours dans les cas de ce genre. En présence d'un malade atteint d'occlusion intestinale, il m'importe fort peu que, sur les malades traités antérieurement, tant pour 100 aient guéri par l'anus artificiel, et tant autres par la laparotomie. Ce que je veux, c'est d'appliquer à mon malade, dans le cas particulier qui se présente, le traitement spécial qui lui convient.

Si nous étions toujours en possession d'un diagnostic exact, nous n'hésiterions presque jamais ; mais il faut convenir que cette base nous manque souvent. Et non-seulement nous ne savons pas la nature de l'obstruction qui se présente, mais souvent encore nous ne pouvons même pas affirmer qu'il s'agit d'une obstruction plutôt que d'une affection dont les phénomènes rappellent ceux de l'obstruction, comme la péritonite par exemple. Hier encore entrait dans mon service pendant la nuit, un homme que l'on pensait atteint d'occlusion intestinale. Le chirurgien de garde est appelé d'urgence, pratique la laparotomie et découvre une péritonite dont l'origine est restée ignorée. Il y a quelques mois, je suis appelé

dans les environs de Paris, à peu près dans les mêmes conditions. Une laparotomie me conduit sur une péritonite suppurée dont la cause résidait dans un abcès de la trompe droite redressée et adhérente à la face antérieure du cœcum. Mon opérée guérit. Elle aurait succombé sans aucun doute, si je n'étais pas intervenu par la laparotomie. Je suis très éloigné de croire que les exemples de ce genre soient rares. Il me semble que les cas étiquetés occlusion intestinale sont devenus beaucoup plus rares notamment depuis que la péritonite d'origine appendiculaire est mieux connue.

Une opération qui permet de vérifier et de compléter un diagnostic toujours difficile est par cela même préférable à une intervention un peu aveugle, qui, je le reconnais, sera curative dans quelque cas, mais restera palliative le plus souvent.

La laparotomie avec recherche de l'obstacle est plus grave, j'en conviens, que la simple ouverture de l'intestin; mais il ne faut pourtant pas exagérer cette gravité. On a parlé de l'inconvénient qu'il y a à tirer l'intestin hors de l'abdomen, à le dérouler, etc. — Certes ces manœuvres ne sont pas innocentes; mais elles ne sont presque jamais nécessaires; la main introduite dans l'abdomen avec précaution réussira le plus souvent malgré le ballonnement à découvrir, l'obstacle et les recherches seront ainsi très limitées.

J'ai pu chez un enfant d'une douzaine d'années découvrir ainsi une tumeur insérée à l'angle du colon ascendant, qui avait donné lieu à des accidents d'obstruction aiguë. La tumeur reconnue, j'établis un anus sur le cœcum par une ouverture nouvelle que je pratiquai à droite vers le flanc et je refermai l'incision médiane de l'abdomen. Bien protégée contre l'infection par un pansement occlusif, cette incision ne fût pas infectée et se réunit par première intention.

Des manipulations plus longues ne comportent pas nécessairement un pronostic fatal et vous savez comment on réussit à faire réintégrer sans trop d'inconvénient la cavité abdominale à un intestin que l'on s'est vu dans la nécessité de tirer au dehors.

Je n'insiste pas, d'autant plus qu'en pareille matière il est difficile de tout dire. Il faudrait prendre les cas un à un pour les discuter. Quelques-uns, sans doute, après un examen aprofondi nous paraîtraient justiciables de l'anus artificiel, ceux, je le répète, dans lesquels un diagnostic à peu près certain de paralysie intestinale est porté à l'avance, ceux encore dans lesquels existent une tumeur de l'intestin, une invagination ancienne, une lésion en un mot où les phénomènes provoqués par le simple arrêt des matières sont prédominants.

Je comprends très bien qu'en pareil cas, l'état du malade étant

supposé très grave au moment de l'examen, on préfère venir à son secours tout de suite en permettant l'évacuation des matières. La laparotomie n'est presque toujours alors que partie remise.

Ces circonstances sont spéciales; ce sont elles précisément qui fournissent l'indication limitée de l'établissement de l'anus contre nature. Dans tous les autres cas, les préférences du chirurgien iront naturellement à une opération qui permet de vérifier le diagnostic, et de remplir toutes les indications, but idéal vers lequel tend évidemment toute thérapeutique.

M. Schwartz. — L'importance de la question que nous discutons me porte à prendre la parole parce que je crois qu'il est du devoir de chacun d'apporter ici le fruit de son expérience personnelle et de ses réflexions.

Comme beaucoup de nos collègues, je suis d'avis que le diagnostic précis du siège et de la nature de l'occlusion intestinale est difficile et nous met souvent en défaut et, ici, j'ai surtout en vue les cas d'occlusion aiguë surprenant un sujet dans un état de santé parfaite; les cas d'occlusion classique ou à poussées successives qui sont la suite d'un rétrécissement ou d'une compression progressive, sont d'un diagnostic généralement moins difficile. Nous connaissons tous les signes dits chroniques nous permettant de songer à telle ou telle variété d'occlusion et cependant au lit du malade que de difficultés, pour nous rendre compte de la pathogénie et du siège du mal? Lorsque les parois abdominales sont minces que le ballonnement n'est pas accentué, il est possible de se rendre compte du siège de l'étranglement sur le gros intestin ou l'intestin grêle; mais même dans ces cas relativement favorables à l'exploration directe, il nous est souvent impossible de dire quelle est la nature de l'agent de l'étranglement. Certes, il y a des probabilités tirées des antécédents, des commémoratifs, de la façon dont le mal a débuté, de son évolution; au chirurgien à les utiliser le plus possible il faut bien le dire, pour nous au moins le diagnostic exact est resté souvent incertain. Quoi d'étonnant, lorsque l'on sait que le ventre ouvert, il nous est quelquefois impossible de découvrir la cause de la maladie. C'est ce qui m'est arrivé au moins 3 fois sur les 15 cas d'occlusion aiguë trouvés dans mes observations, une fois il s'agissait d'un homme de 70 ans atteint d'obstruction aiguë chez lequel après une laparotomie exploratrice que je terminais par un anus iliaque droit sur la terminaison de l'intestin grêle; il me fut impossible de découvrir sur le gros intestin la moindre trace d'occlusion, il s'agissait très problement d'un iléus paralytique. L'opéré succomba. Deux autres fois, je trouvai sur l'intestin grêle les traces d'un étranglement

par anneau, une véritable rainure circulaire; l'anse dans les deux cas s'était dégagée d'elle-même pendant l'opération, sans que j'aie pu retrouver l'orifice qui avait causé l'obstruction. Une de mes malades guérit, l'autre succomba à une perforation intestinale qui se produisit 5 jours après la laparotomie, alors que nous espérions voir guérir notre opéré. Rien n'avait pu nous avertir de ce processus ulcératif, car l'anse quoique congestionnée, paraissait bien assez saine pour être réintégrée dans le ventre.

Dans un cas, que je vis il y a quelques mois et que je ne pus, opérer étant donnée l'extrême gravité de l'état général (le malade était moribond), l'étranglement s'était greffé sur une appendicité suppurée rompue dans le petit bassin ; il existait une corde épiploïque enroulée autour de la terminaison de l'intestin grêle et l'oblitèrant presque complètement.

Si le diagnostic est souvent difficile et incertain, en est-il de même du traitement? Il faut se conduire d'après les indications locales et générales, d'après le milieu et les circonstances qui se présentent ; si les moyens médicaux, les lavements électriques qui m'ont donné de bons résultats, mais qui ne doivent être mis en usage que s'il n'y a pas de péritonite, ou qu'on ne soupçonne pas de lésions profonde du tube digestif par conséquent dans les premiers temps de l'étranglement, si dis-je, tous ces moyens n'ont pas réussi que faire? S'il y a une opération qui soit une opération de nécessité d'urgence. C'est bien l'anus artificiel et je vous assure que ce n'est pas elle que j'ai pratiquée toutefois qu'il m'a été possible de faire autrement; il répond à une indication pressante, l'évacuation intestinale soit qu'on n'ait pas trouvé l'étranglement soit que l'état général soit trop grave ou le sujet trop bas pour supporter une laparotomie.

Nous avons pratiqué l'anus artificiel d'emblée ou consécutif deux fois seulement, une fois chez un homme de 72 ans qui guérit et garda son anus définitivement, une autre fois chez un homme de 76 ans qui était atteint de lésions graves de tout le gros intestin (probablement spécifiques); il vécut quatre ans avec un anus cœcal qui fonctionnait parfaitement.

Tout récemment, l'un de nos collègues a fait un anus médian à un malade de notre service âgé d'une cinquantaine d'années ; opéré pour une hernie étranglée et chez qui se développèrent des accidents d'étranglement qu'il faut probablement attribuer à une paralysie intestinale, une laparotomie pratiquée ne montra rien qu'un intestin distendu ; l'anus atificiel établi le malade guérit ; actuellementl l'anus est en voie de se fermer et les matières circulent librement.

La laparotomie serait, sans contestation, l'opération idéale si elle

n'était pas grave, mais elle l'est incontestablement. Un des facteurs essentiels de sa gravité est certainement la durée des accidents. Si le chirurgien pouvait être appelé dès qu'éclate la maladie, avant que le ballonnement du ventre soit accentué, il est certain que, toutes choses égales d'ailleurs, il se trouverait en bien meilleure posture pour opérer. Malheureusement les incertitudes du diagnostic initial, et beaucoup d'autres circonstances font que nous sommes appelés à agir, alors que les conditions ne sont plus aussi favorables.

Nous pensons que le diagnostic d'occlusion établi, si les signes persistent et à plus forte raison augmentent malgré le traitement médical et les lavements électriques, si le sujet est encore robuste, la laparotomie devra être l'opération de choix dans la vraie acception du mot. Plus nous pourrons opérer vite, une fois démontrée l'insuffisance des moyens non chirurgicaux, plus nous mettrons de chances du côté de la réussite; nous sommes persuadés que là est surtout la pierre d'achoppement qui est cause d'échecs si nombreux, sur sept laparotomies pour étranglement interne nous en avons guéri deux; cinq sont morts ; les deux guérisons sont survenues chez des malades opérées dans les 24 ou 48 heures qui ont suivi l'étranglement après démonstration de l'insuffisance des lavements électriques.

En terminant, nous conclurons que la laparotomie est l'idéal vers lequel doivent tendre tous nos efforts; l'anus artificiel reste une opération de nécessité et l'opération de choix dans le cas où l'on soupçonne un iléus paralytique.

Rapports.

I. — *Des corps étrangers du rectum. A propos d'une bouteille!* par M. Pierre Delbet.

Rapport par le Dr GÉRARD-MARCHANT.

J'ai été chargé de faire un rapport sur *un cas de corps étranger du rectum*, qui vous a été communiqué par le Dr Pierre Delbet. Permettez-moi de vous rappeler les détails principaux de cette observation.

Il s'agit d'un homme de 31 ans, un vigoureux gaillard, qui dans un but facile à comprendre, comme on disait dans mon jeune temps, s'était introduit une *bouteille dans le rectum.* Cette bouteille, qui m'a été confiée par M. Delbet, mesure 24 centimètres de long, 57 millimètres de diamètre et 18 centimètres de circonférence dans sa partie la plus

large ; elle avait été introduite goulot premier, et le fond était au-dessus du sphincter.

La salle de garde, mise en joie, s'était escrimée sur cette bouteille ; on avait, après dilatation de l'anus, tenté de l'extraire, avec tous les instruments possibles ; mais ces efforts n'avaient réussi qu'à déchirer la muqueuse en plusieurs points, et à la faire saigner abondamment.

Devant l'inanité de leurs efforts, les internes firent appeler le docteur Pierre Delbet, chirurgien du Bureau central désigné pour la garde.

Notre collègue sentit aisément, par la palpation de l'abdomen, le goulot de la bouteille, qui faisait saillie à mi-chemin entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure du côté gauche. Le sphincter était béant et le doigt arrivait de suite sur le fond de la bouteille ; on pouvait constater ainsi un fait très important : c'est que *le coccyx empiétait sur le fond de la bouteille*. Le coccyx résistant ne se laissait pas retropulser suffisamment pour démasquer la bouteille, et opposait un obstacle insurmontable à son extraction.

M. Delbet, trouvant que les manœuvres antérieures avaient suffisamment lésé la muqueuse rectale, convaincu que toute tentative de même ordre resterait sans résultat, résolut de faire immédiatement la rectotomie postérieure, et la résection du coccyx.

Le malade, endormi, fut placé dans la position de la taille, et le chirurgien fit une incision médiane postérieure, comprenant la totalité des sphincters, et se prolongeant en arrière, jusque sur le sacrum. Après avoir libéré le coccyx de ses insertions ligamenteuses et musculaires, il le désarticula. Rien ne fut plus facile alors que de saisir et d'enlever la bouteille, entre le pouce et l'index.

Pour fermer cette plaie, M. Delbet pratiqua une sorte de périnéoraphie ; traversant les tissus profondément avec une aiguille d'Emmet, il plaça trois gros fils d'argent ; avant de rapprocher ces fils profonds, il fit deux sutures, l'une muqueuse rectale au catgut, l'autre superficielle, cutanée, au fil d'argent.

La réunion se fit complète par première intention, et le malade sortit au bout de douze jours, complètement guéri et avec un sphincter efficace.

Réflexions. — Très frappé de la résistance opposée par le coccyx, de la facilité avec laquelle, celui-ci réséqué, il avait cueilli le corps étranger, M. Delbet eut l'idée de rechercher sur le cadavre le mécanisme de la pénétration de ce corps arrondi et de sa fixation. L'expérience, renouvelée sur plusieurs cadavres, permit de constater que les choses se passent toujours de même, avec de simples différences de degré.

Le premier temps de l'introduction, lorsque le sphincter est dilaté, est assez facile ; mais lorsqu'on a dépassé le col de la bouteille, il faut, pour continuer l'introduction, déployer une force un peu variable, suivant les sujets, mais en général sérieuse. Sur plusieurs sujets, M. Delbet n'a pu réussir à lui seul cette introduction, et il a dû se faire aider. Deux personnes vigoureuses ne sont pas de trop pour triompher des résistances qui se produisent alors chez certains sujets. Voici, en

effet, ce qui se passe : le promontoire repoussant le goulot en avant, la prostate et le ligament de Carcassonne violemment soulevés, repoussent le corps en arrière contre le coccyx, et la bouteille est coincée entre ces trois points d'appui : le *promontoire*, la *forte aponévrose périnéale et le coccyx*. Dès que le fond a dépassé le sphincter, ou plutôt le coccyx, la bouteille change de position, *brusquement*, comme si elle était mue par un ressort (le ressort c'est *l'aponévrose périnéale*). Le fond file en arrière dans l'excavation sacrée, tandis que le goulot s'incline en *avant et à gauche*. Les rapports sont alors les suivants : le goulot entraîne la partie supérieure du rectum et la partie inférieure de l'S iliaque dont il est coiffé ; et le méso de cette partie de l'intestin est fortement tendu. Le fond de la bouteille est logé dans l'excavation sacrée, de telle façon que le coccyx se recourbe au-dessous comme un *taquet*. Quand on veut faire l'extraction par les voies naturelles, le ligament de Carcassonne et la prostate qui, au lieu de se soulever comme pendant l'introduction, tendent à s'abaisser, s'opposent invinciblement à ce que le corps de la bouteille puisse être ramené assez en avant pour que le fond évite le taquet coccygien.

Telle est l'observation de M. Delbet, et la théorie de l'*arrêt, du taquet coccygien* qu'il propose pour expliquer l'impossibilité d'extraction de certains corps *étrangers, arrondis, volumineux et longs*. Le remède découle de la nature de l'obstacle, et la résection coccygienne ouvrirait la porte au corps étranger.

Il faut savoir gré à notre distingué collègue d'avoir péremptoirement démontré le rôle du coccyx dans la fixation de cette variété de corps étranger, mais si l'obstacle apporté par la concavité coccygienne n'est *pas classique*, il n'en est pas moins déjà connu.

J'ai trouvé, en effet, dans un numéro de la *Normandie médicale* du 1er avril 1894, une observation du Dr Buffet (d'Elbeuf), qui ne laisse aucun doute à cet égard ; je vous demande à relater ce fait :

Le nommé B..., âgé de 42 ans, cordonnier à Elbeuf, n'avouant aucune habitude de pédérastie, s'enivra un matin du mois d'avril dernier et fut obligé de se coucher dans la journée. En s'éveillant, il voulut faire un tour à sa femme et eut l'idée bizarre de lui cacher son verre à boire, dans un endroit où elle n'aurait pas l'idée de le chercher.

Il se décida pour le rectum, et se mit immédiatement en devoir d'exécuter son projet. L'opération ne se fit pas aisément : il essaya d'abord sur le lit, mais manquant de plan résistant, il échoua ; il se leva alors, plaça le verre sur un escabeau, et s'écartant les fesses, il essaya de nouveau, mais sans réussir encore ; ce n'est qu'après avoir pris le soin de graisser à la fois le pourtour de l'anus et le fond du verre, qui devait s'introduire le premier, qu'il parvint, non sans peine, (après dix minutes d'efforts) à obtenir l'introduction complète. A ce moment il fut pris de souffrances telles dans le siège et dans le ventre, qu'il fut dégrisé. Il se traîna à l'hôpital où on l'admit d'urgence. M. le

docteur Buffet se trouvait justement à l'hôpital, et il put lui porter secours presque immédiatement.

Le malade fut placé sur la table d'opération, et avant de l'endormir, il fut facile à M. Buffet de découvrir le corps étranger. En ouvrant l'anus, complètement refermé, au moyen d'écarteurs, après avoir étanché le sang qui souillait l'intérieur du verre, on put voir, à travers la paroi, que le rectum était déchiré à plusieurs endroits; procédant alors, après chloroformisation, à des tentatives d'extraction, M. Buffet essaya avec l'aide des doigts, mais il se fatigua sans résultat. Il fit ensuite des tentatives avec de nombreuses pinces à mors longs, recouverts de caoutchouc; et en multipliant les prises ainsi faites avec l'aide de deux confrères, il obtint une traction forte, qui ne suffit pas cependant à donner un résultat même appréciable. Le verre se trouvait toujours obliquement repoussé sous la prostate. Il incisa alors le sphincter dans une étendue de 2 centimètres, à la partie médiane en arrière ; il reprit les pinces sans plus de résultat : *Nous n'arrivions pas, dit-il, à déprimer assez le coccyx qui nous gênait. C'est alors, après peut-être trois quarts d'heure d'efforts inutiles, que je me décidai à enlever le coccyx, et cet organe étant réséqué, sans inciser davantage le rectum, le mouvement de bascule se fit facilement avec la seule aide des doigts.*

Cet opéré guérit après quelques accidents du côté des voies urinaires. Il avait un sphincter solide et ne se plaignait nullement de l'absence de son coccyx.

Le Dr Cerné (de Rouen) recommande aussi le procédé employé par M. Buffet, et il le déclare excellent : « Si les premières tractions ne réussissent pas, dit-il, il faut inciser le périnée, en arrière, enlever le coccyx et ouvrir le rectum ».

Mais l'entente cependant n'est pas absolue au sujet de l'obstacle à l'extraction de ces bouteilles de verre introduites dans le rectum, et dans un cas qui appartient aux docteurs *Huë* et *Fidelin*, deux confrères de Normandie (il s'agissait d'une bouteille d'eau de Cologne, à long goulot), l'obstacle à l'extraction ne semblait pas venir de la résistance du *coccyx*, mais de la fixité du *goulot* qui se serait engagé *dans le trou obturateur ?*

Ce qui est certain, c'est que la *rectotomie* (sans résection coccygienne) ne permit pas d'enlever le corps étranger, couché perpendiculairement à l'axe du bassin, et il fallut briser la bouteille pour en extraire les fragments.

Avec Delbet et nos confrères de Rouen, j'admets le rôle prépondérant du taquet coccygien dans l'obstacle apporté à l'extraction de ces corps étrangers particuliers. Et la connaissance de cet obstacle nous explique comment, dans des cas restés classiques, le forceps a pu, en raison de sa conformation spéciale et du sens de ses tractions, rétropulser le coccyx et permettre l'extraction.

Je conclus que le coccyx est souvent, par sa courbure, un obstacle à l'extraction de certains corps étrangers du rectum ; que dans ces cas, après avoir constaté l'obstacle coccygien et l'impossibilité d'en venir à bout par les pinces ou le forceps, il ne faut pas hésiter à pratiquer la résection de cet os. Cette résection simple pourra suffire pour permettre l'extraction du corps du délit, sans qu'il soit nécessaire d'inciser complètement ou même partiellement la paroi rectale postérieure.

Discussion.

M. Bazy. — La bouteille que je vous présente est un corps étranger extrait du rectum. Son extraction a offert des particularités qui viennent corroborer l'opinion que vient d'émettre notre collègue Gérard-Marchant sur le rôle joué par le coccyx dans des cas de ce genre. C'est, en effet, le coccyx et aussi un fort repli fibreux, s'étendant du coccyx aux parois latérales du bassin, aux ischions, qui en a empêché, dans mes premières tentatives, l'extraction, et c'est à annihiler son action que j'ai dû m'appliquer : le choroforme me l'a permis. Aussi ai-je pu extraire ce corps par les voies naturelles sans avoir besoin de recourir à une intervention sanglante comme dans les cas qui viennent de vous être relatés. Et cependant cette bouteille a exactement la même longueur, 24 centimètres, que la bouteille présentée par M. Delbet et un 1/2 centimètre de plus de diamètre : exactement 6 centimètres.

Le fait suivant démontre le bien fondé de ces assertions.

Le 4 septembre dernier je suis appelé à voir, avec le docteur Broussin de Versailles et le médecin du malade, un homme de 50 ans environ qui s'était introduit la veille une bouteille dans le rectum.

Voici dans quelles conditions le médecin avait été appelé à constater l'existence du corps étranger.

Le matin, la femme du malade vint dire à mon confrère que son mari n'était pas allé à la garde-robe et qu'il ne pouvait y aller, quoiqu'il en eût fortement l'envie. Le docteur X...[1] répondit qu'il prît un lavement ou au besoin une purgation légère.

Dans l'après-midi, la femme revint disant que, malgré le lavement et la purgation, son mari n'était pas allé à la garde-robe et priait notre confrère de passer.

Celui-ci va chez son client, il se disposait à lui faire quelques questions et à l'examiner, quand celui-ci lui dit qu'il avait un mot à lui dire en particulier. Il lui raconta alors que, pour remédier à une constipation opiniâtre, il avait eu l'idée de s'introduire une bouteille dans l'anus. Notre confrère pratique le toucher rectal et sent avec stupeur une

[1] Je ne cite pas le nom du confrère pour conserver au client son anonymat.

énorme bouteille qui se présentait par son fond et remplissait tout le rectum.

Il demanda en consultation le docteur Broussin, de Versailles; tous deux convinrent de m'appeler pour faire l'extraction de ce corps étranger qui se présentait dans des conditions assez difficiles.

Nous nous rendîmes donc auprès du malade, je m'étais préalablement muni de petits forceps plus ou moins analogues à la pince de Pajot et d'une forte pince à dents recourbées en arrière que j'avais fait garnir de caoutchouc.

J'avais pris aussi de grandes valves. D'un autre côté le Dr Broussin avait apporté des instruments analogues.

Voyant que le sujet avait l'anus suffisamment dilatable et dilaté pour permettre l'introduction facile de nos instruments, nous ne donnâmes pas de chloroforme.

Les instruments entrèrent en effet très bien. Avant de procéder à leur introduction, nous l'examinâmes et nous avons constaté ce qui suit.

La bouteille se présentait par son fond. Chacune des parties du pourtour de ce fond n'était pas à égale distance de l'anus. Tandis qu'en avant on le sentait immédiatement au niveau de la prostate (et, grâce à la grande dilatabilité de l'anus, il pouvait être vu); en arrière, au contraire, il était très éloigné et, pour le toucher, on était obligé de déprimer le coccyx et le repli dont j'ai parlé et le refouler en arrière.

On voyait immédiatement que les tentatives pour faire descendre ce corps étranger seraient rendues vaincs par la saillie de ce coccyx et aussi de ce repli très résistant s'étendant de ce coccyx aux parties latérales du bassin. Ces tentatives d'extraction ne pouvaient qu'augmenter ce repli et creuser davantage le sillon dans lequel il se logeait.

C'était donc à supprimer cet obstacle qu'il fallait viser et pour cela l'introduction d'une valve destinée à effacer cette saillie et à offrir une surface de glissement était toute indiquée et en même temps indispensable.

La muqueuse rectale est œdémateuse par le fait de la stase due à la compression; elle était en même temps légèrement épaissie, ce qui indiquait des habitudes anciennes.

Le goulot de la bouteille était, malgré l'embonpoint du sujet, facilement perçu à gauche et au-dessous de l'ombilic, mais à son voisinage immédiat, la bouteille n'avait donc pas une direction horizontale.

Nous procédâmes à l'extraction. Pour cela nous commençâmes par introduire une valve postérieure qui passe entre la bouteille et le coccyx, puis j'essayai de mettre les branches de mon forceps, une des branches passa bien, l'autre ne put être introduite.

Nous intervertissons alors l'ordre de passage des instruments, je mets le forceps; ce qui peut être fait assez facilement, exactement du reste comme pour un accouchement; mais il nous est alors impossible de mettre la valve.

Nous renouvelons 4 ou 5 fois ces tentatives en changeant de valves et de forceps : mais nous sommes obligés d'y renoncer. Nous préve-

nons alors le malade que nous sommes obligés de nous en tenir là et qu'il sera nécessaire d'avoir recours, peut-être, à une opération sanglante et en tout cas à une chloroformisation que nous remettons au lendemain.

Le rectum ni l'anus, dans toutes ces manœuvres, n'avaient pas été notablement contusionnés.

Je me proposais le lendemain de faire la résection ou la luxation du coccyx et peut-être l'ouverture de l'extrémité inférieure du rectum.

Le lendemain, conformément aux désirs du malade et à notre plan, nous voulûmes faire, avant de recourir à l'opération sanglante, une dernière tentative sous le chloroforme. Le sujet endormi, je commençai par appliquer le forceps, puis le Dr Broussin, pendant que je maintenais ainsi la bouteille, put faire passer une valve : j'exerçai une traction légère, la bouteille vint avec la plus grande facilité: ce fut l'affaire de 2 ou 3 secondes.

La facilité d'extraction a été telle que je crois actuellement qu'il suffirait presque, une fois la valve postérieure placée, d'appuyer sur le goulot et de le repousser pour faire sortir le corps étranger.

C'est sur l'importance de cette valve et sur la facilité qu'elle donne à l'extraction que j'attire l'attention : elle a évité l'opération sanglante, ce qui n'est pas à dédaigner, et pourra, peut-être, l'éviter dans tous les cas. J'ajouterai que l'indication de son emploi saute tellement aux yeux, que je suis surpris qu'elle n'ait pas été utilisée déjà.

M. Reynier. — La position horizontale de la bouteille introduite dans le rectum, qui a provoqué les recherches de M. Delbet, me paraît toute naturelle. La bouteille suit la direction de l'intestin, qui est oblique, et elle ne peut rester verticale.

M. Gérard-Marchant. — M. Reynier ne paraît pas m'avoir compris. Lorsque la bouteille est introduite dans la deuxième portion du rectum, elle est verticale, son goulot appuie sur le promontoire par sa face postérieure, sa partie moyenne est pressée en avant par l'aponévrose périnéale moyenne et son fond appuie contre le coccyx.

Si on pousse la bouteille plus haut, elle passe au-dessus de l'aponévrose périnéale moyenne qui, dès lors, n'exerce plus aucune pression sur elle et, n'étant plus maintenue verticale par les deux pressions en sens contraire ci-dessus mentionnées, elle s'incline vers l'horizontale.

M. Poirier. — Je crois que la cause véritable de la situation *très rapprochée de l'horizontale* que prennent les corps étrangers, quand ils ont franchi le plancher pelvien, doit être cherchée dans la direction de la paroi sacrée avec laquelle ils sont en contact.

C'est bien à tort que l'on décrit au sacrum une face antérieure et une face postérieure; il est beaucoup plus juste de lui décrire,

comme je l'ai fait, une face *inférieure* et une face *supérieure*. En effet, la face dite antérieure est, en réalité, antéro-inférieure ; dans son tiers supérieur, là où elle entre en contact avec le corps étranger, elle est presque horizontale. Je dirai donc : « Les corps étrangers du rectum, ou mieux du gros intestin, lorsqu'ils ont franchi le plancher pelvien, s'inclinent en avant et se placent dans une direction rapprochée de l'horizontale, parce qu'ils se placent parallèlement au plafond de la cavité dans laquelle ils se couchent lorsqu'ils sont trop longs pour s'y tenir debout. »

II. — *Sur une observation du Dr* Broussin (de Versailles), intitulée : *Corps étranger (saucisson) du rectum.*

Rapport par M. BAZY.

Le Dr Broussin (de Versailles) nous a envoyé une observation qui peut être placée à côté des deux que nous venons d'entendre.

Quoique l'extraction n'offrît pas toutes les difficultés qu'a présentées celle des deux bouteilles que vous venez de voir, le cas est assez curieux pour mériter une place dans nos *Bulletins*.

Au reste, l'observation envoyée par M. Broussin est assez courte pour que je la transcrive intégralement.

En octobre 1889, je fus appelé par un de mes confrères auprès d'un de ses clients, âgé de 40 ans environ, qui s'était fait introduire un saucisson dans le rectum. Malgré un purgatif énergique, le corps étranger restait en place et provoquait de violentes douleurs. Par le toucher rectal, on sentait très nettement le corps étranger, mais la palpation abdominale, vu l'embonpoint du malade, ne donnait aucun renseignement sur la situation et les dimensions. Ayant fait coucher le patient sur le côté droit, je le mis dans la position classique pour l'examen de la région anale et à l'aide de la pince à faux germe de Pajot, introduite sans difficulté, je saisis le saucisson ; la mollesse du corps étranger ne me permit pas d'en faire l'extraction en une seule fois. Je renouvelai mes prises plusieurs fois et je pus extraire facilement la plus grande partie du saucisson. Les débris restants furent expulsés le lendemain à la suite d'un purgatif.

Je n'ai pas eu le temps de rechercher s'il existe des cas semblables à celui-ci, mais on en trouverait certainement. L'intérêt réside surtout dans le choix de l'objet employé; cet intérêt est surtout d'ordre psychologique, si je puis parler ainsi; il indique un état de dépravation toute particulière. Je n'insisterai pas.

La conduite du Dr Broussin a été celle que tout chirurgien doit

tenir en pareille circonstance. Si l'extraction ne peut se faire d'un bloc, le morcellement est tout indiqué; il n'offre ici que des avantages, et il a parfaitement réussi.

Messieurs, le Dr Broussin est ancien interne des hôpitaux de Paris; il est chirurgien de l'hôpital civil de Versailles où il exerce avec autant de distinction et de droiture que de modestie. Je vous prie de vous souvenir de toutes ces qualités quand nous devrons nommer des correspondants nationaux de la Société de chirurgie. En attendant, je vous prie d'adresser des remerciements à l'auteur pour son intéressante observation qui sera insérée dans nos *Bulletins*.

Présentation de malade.

Tumeur volumineuse du lobe gauche du corps thyroïde ayant provoqué, chez une malade nerveuse, des accidents basedowiens. Thyroïdectomie partielle. Guérison.

M. C. Walther. — La malade que je vous présente m'avait été envoyée au mois de septembre dernier à la Charité par mon ami, M. le Dr Gaiffe. Je l'ai opérée le 25 septembre, à la Charité, dans le service de mon maître, M. le professeur Tillaux, que j'avais l'honneur de remplacer pendant les vacances.

Voici son histoire complète recueillie par MM. Ledeboullet et Pasteau, internes du service.

La nommée M... (Lucie), âgée de 43 ans, journalière, entrée le 22 septembre 1897, salle Gosselin, n° 5 *bis*.

Antécédents héréditaires. — Parents toujours bien portants, morts âgés. Mère nerveuse; 1 frère, 50 ans; bien portant; 5 frères et sœurs morts en bas âge.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde assez grave à 7 ans. Variole à 17 ans (varicelle ?). Jusqu'à 20 ans assez bien portante, mais déjà nerveuse.

Depuis l'âge de 20 ans sans cesse indisposée (troubles gastriques, névralgies, etc.).

Réglée à 15 ans. Depuis l'âge de 20 ans mal réglée, règles tantôt avancées, tantôt retardées, peu abondantes, très douloureuses.

Histoire de la maladie. — A l'âge de 15 ans et demi la malade fait une chute à la renverse ; coup à la partie postérieure de la tête ; à la suite de cette chute, et en rapport direct avec elle, dit la malade, apparition d'une grosseur au niveau du corps thyroïde à gauche ; c'est du moins à cette époque que la malade s'aperçut de la présence de la

tumeur thyroïdienne qui a depuis augmenté jusqu'à l'âge de 20 ans; elle est depuis restée stationnaire jusqu'à ces derniers mois, où elle a augmentée à nouveau. Elle a, d'après la malade, des alternatives de rémission et d'augment.

Pas de douleurs jusqu'à cette année. Depuis ces derniers temps, la malade en souffre un peu, enfin depuis deux ans sont apparues les palpitations, les troubles nerveux qui gênent surtout le malade.

Etat local. — En examinant la région thyroïdienne, on constate la présence d'une tumeur volumineuse occupant le lobe gauche du corps thyroïde s'enfonçant sous le sterno-mastoïdien gauche, dont on détermine mal la limite inférieure.

Dimensions. — Elle semble mesurer 15 centimètres dans sa plus grande longueur de haut en bas et de dehors en dedans; 9 centimètres dans son plus petit diamètre.

Consistance. — De consistance molle et élastique dans sa partie antérieure, elle est en arrrière et en haut dure et bosselée, comme composée de noyaux multiples.

Suivant le larynx dans les mouvements de déglutition, la tumeur a dévié le larynx et la trachée du côté droit, celle-ci est franchement latérale.

La palpation de la tumeur ne détermine qu'une légère douleur. Elle n'est pas réductible, elle ne présente pas de battements.

La malade prétend que la tumeur la gêne au point de ne pouvoir baisser la tête en avant.

Etat général. — Depuis un an surtout le *caractère* de la malade a changé. Elle est devenue irritable, susceptible, prompte aux larmes. Son état nerveux s'est considérablement accentué. Parfois il lui semble qu'elle va devenir folle. Elle a des cauchemars la nuit (il lui semble qu'elle va commettre un crime, se tuer, etc.). Elle a des accès d'étouffement nocturne qui ne se calment que quand elle se lève et va ouvrir sa fenêtre.

Elle a des *palpitations* fréquentes surtout la nuit; celles-ci sont beaucoup plus accentuées depuis un an. Son médecin habituel, M. Gaiffe, a toujours compté 120 au pouls. Depuis son entrée on n'a noté que 96 pulsations.

Crises sudorales fréquentes, surtout depuis les dernières années, elle ne peut supporter le poids des couvertures.

Depuis cette année, le léger *tremblement* qu'elle avait depuis quelque temps déjà s'est exagéré, instabilité constante, tremblement des bras et des mains irrégulier, mais assez peu rapide; tremblement plus accentué des membres inférieurs, impossibilité de faire un mouvement coordonné des membres inférieurs, soit au lit, soit quand elle est levée, si on la fait rester debout, immobile, elle chancelle aussitôt; si on la fait marcher, elle titube et heurte les meubles environnants, ses jambes se dérobent sous elle; elle porte sur les jambes de nombreuses contusions, trace des chutes qu'elle a faites et de heurts qu'elle a subis. La tête et le cou sont aussi, quoique à un moindre degré, atteints d'insta-

bilité. Le tremblement généralisé a rendu la malade absolument impotente, et c'est lui surtout qui l'a décidée à venir consulter.

Les réflexes rotuliens sont normaux.

Pas de troubles spéciaux de la sensibilité ; aucune hyperesthésie ou anesthésie en plaques.

Le *regard* est fixe et les yeux semblent plus saillants que normalement ; mais il y a moins *exophtalmie* vraie que fixité du regard ; pas de signes oculaires spéciaux (absence du signe de Graefe, du signe de Stellway, etc.).

Quelques troubles digestifs, manque d'appétit accentué depuis quelques mois. Douleurs stomacales. Constipations habituelles.

Pas de troubles respiratoires, à part ces accès de suffocation et d'étouffement survenant surtout la nuit, quand la malade est couchée et cessant quand la malade est levée.

Pas de troubles urinaires. Urines normales et moyennement abondantes.

En somme, tumeur thyroïdienne ancienne ayant augmenté depuis un an et s'accompagnant depuis ce temps d'exagération des troubles nerveux qu'a depuis longtemps présentés la malade, notamment du tremblement, s'accompagnant d'instabilité constante et de l'état nerveux qui l'a fait considérer à son entrée dans le service presque comme folle par son entourage ; s'accompagnant en outre de palpitations avec tachycardie, d'exophtalmie légère, enfin de troubles dyspnéiques assez marqués.

Opération le 25 septembre. — Anesthésie au chloroforme. Longue incision sur toute la hauteur de la tumeur, suivant le bord antérieur du sterno-mastoïdien qui est récliné en dehors. Section des muscles sous-hyoïdiens repérés par des pinces.

La tumeur étant mise à nu, la capsule fibreuse est seule incisée et la tumeur libérée avec le doigt par décollement sous-capsulaire.

On trouve alors un prolongement de la tumeur qui s'enfonce dans le médiastin jusqu'à 4 ou 5 centimètres au-dessous de la fourchette sternale. Ce prolongement est facilement libéré comme le reste de la tumeur.

Deux pédicules sont faits, l'un à l'angle supérieur et externe, l'autre à l'angle inférieur, et liés en chaîne avec du catgut n° 2.

La tumeur est alors réséquée. L'hémostase paraît complètement assurée.

La capsule est suturée par un surjet de catgut fin.

Suture des muscles sous-hyoïdiens et de l'aponévrose superficielle. Suture de la peau au crin de Florence. Dans l'angle inférieur de la plaie est placé un drain allant jusqu'à la loge thyroïdienne pour éviter tout épanchement en cas de suintement sanguin. Pansement à la gaze stérilisée.

L'opération a été très simple, à aucun moment il n'y a eu d'hémorrhagie. La malade se réveille facilement.

Dans la journée elle est très agitée, très excitée. La température vaginale le soir est de 37°,7 ; le pouls est à 120.

26 septembre. — T. matin, 38°; soir, 38°,6. Très bon état général et local. La dyspnée a complètement disparu. La malade est toujours très excitée. Le soir elle enlève son pansement qui est aussitôt refait et, profitant d'un moment où l'infirmière la laisse seule, se lève pour faire son lit.

27 septembre. — T. matin, 38°7. Pansement. La ligne de suture est en parfait état. On enlève le drain; il n'y a aucune trace d'épanchement sanguin profond.

La température vaginale monte le soir à 39° et à partir de ce moment redescend progressivement pour retomber le 29 à 37°,6.

Les fils sont enlevés le 3 octobre; la réunion est parfaite; il ne reste qu'un petit bourgeon au niveau de l'orifice du drain. Pansement iodoformé.

La malade quitte l'hôpital le 8 octobre complètement guérie.

Elle revient le 30 octobre et voici la note que M. Lereboullet a bien voulu me remettre sur son état à ce moment :

Etat local. — Plaie en bon état. Cicatrisation parfaite.

Etat général. — La malade se dit complètement changée et beaucoup mieux depuis son opération.

Le caractère a cessé d'être bizarre; plus de susceptibilités, ni de crises de larmes à tout propos; la malade reste néanmoins nerveuse et vive; mais autour d'elle, dans le service, on a remarqué cette modification du caractère.

Le tremblement dont se plaignait la malade a à peu près complètement disparu. La malade peut marcher, sans l'instabilité qui était constante avant l'opération; elle ne tombe plus, ne se heurte plus aux objets qui l'environnent comme auparavant. Elle reste debout immobile sans trembler et risquer de tomber; elle a encore un léger tremblement des extrémités digitales, lorsqu'elle étend les bras et écarte les doigts, mais ce tremblement n'est rien auprès de ce qu'il était avant. Réflexes rotuliens normaux.

Depuis l'opération, la malade n'a plus eu de *palpitations*, jusqu'à aujourd'hui 30 octobre où elle s'en plaint à nouveau, mais ces palpitations sont beaucoup moins fortes qu'avant l'opération, et paraissent dues à l'émotion qu'elle éprouve à venir aujourd'hui à l'hôpital. Pouls, 76.

Plus de *dypsnée*, plus de crises d'étouffement nocturnes comme avant l'opération.

Pas de *troubles oculaires;* on lui a fait remarquer que ses yeux étaient moins fixes, moins saillants, moins gonflés qu'avant l'opération.

L'appétit a repris. Plus de douleurs stomacales. Plus aucun trouble digestif.

La malade semble donc considérablement améliorée, surtout au point de vue des troubles nerveux. Elle n'a presque plus de tremblements, n'a plus de cauchemars, plus de dyspnée, plus de palpitations, mais elle reste nerveuse et un peu agitée de caractère, bien que tout son

entourage se soit aperçu du changement de caractère effectué en elle à ce point de vue.

Aujourd'hui vous pouvez voir le résultat obtenu par l'opération. La marche est encore un peu incertaine, hésitante, titubante, il y a encore des phénomènes d'astasie-abasie; mais ces troubles ne sauraient être comparés à ceux qui existaient avant l'intervention et qui rendaient la marche ou la station debout impossibles sans le secours d'un aide.

L'oppression, les accès de suffocation ont complètement disparu, ainsi que le tremblement.

Les palpitations n'existent plus comme vous pouvez vous en convaincre; enfin les troubles psychiques ont disparu. La malade est toujours nerveuse, impressionnable, comme elle l'a toujours été du reste, mais elle n'a plus cette agitation, cette surexcitation qui ont été signalées au cours de l'observation.

J'ai tenu à vous la présenter parce qu'en ce moment nous cherchons à déterminer d'une façon précise les effets de l'intervention chirurgicale dans les cas de goitres exophtalmiques ou dans les cas de tumeurs thyroïdiennes amenant des troubles analogues.

Ici il ne s'agissait pas d'un goitre exophthalmique, mais bien d'une grosse tumeur du lobe gauche du corps thyroïde, provoquant des troubles presque identiques à ceux de la maladie de Basedow et l'extirpation de la tumeur, la thyroïdectomie partielle, a débarrassé la malade de tous ces accidents.

Je suis heureux de pouvoir compléter cette observation en vous communiquant la très intéressante note que mon ami, M. Pilliet, a bien voulu me remettre sur l'examen histologique de la tumeur :

Examen histologique, par M. Pilliet, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité. — La tumeur, mesurant 8 centimètres de long sur 6 de large, est parsemée de kystes nombreux et petits; elle est remplie de cloisons calcifiées minces.

Sur les coupes faites en différents points, on retrouve toujours la même structure.

La coque est constituée par les vésicules normales du corps thyroïde, formant coiffe autour de la tumeur dont elles sont isolées par une bande assez nette de tissu conjonctif contenant de gros vaisseaux, surtout les artères.

Au-dessous se trouvent des lobules adénomateux très serrés, constitués par des vésicules ne contenant chacune qu'une très faible gouttelette de substance colloïde; l'aspect est celui de l'adénome, ou goitre charnu du corps thyroïde.

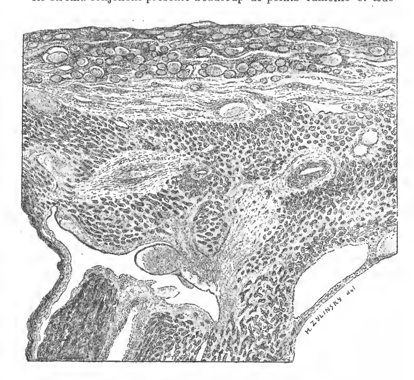
Enfin, dans les parties profondes, les vésicules s'allongent, s'anastomosent entre elles et forment un réseau irrégulier sans membrane

propre; pourtant on retrouve encore de la substance colloïde dans les points nodaux du réseau.

Les points ainsi envahis rappellent la structure de l'épithélioma diffus du corps thyroïde.

Les kystes sont formés aux dépens de vésicules thyroïdiennes dans lesquelles se sont produites des hémorrhagies anciennes, laissant un débris de globules rouges.

Le stroma conjonctif présente beaucoup de points ramollis et œdé-



matiés, surtout dans les portions d'épithélioma diffus. On n'y peut plus alors reconnaître de lymphatiques.

La calcification siège presque exclusivement dans la paroi des capillaires et des artérioles, ces parois sont épaissies, scléreuses et chargées de sels calcaires.

En résumé, on se trouve en présence d'un goitre proliférant dans lequel se retrouvent les éléments normaux du corps thyroïde, ceux de l'adénome thyroïdien et ceux d'une lésion plus diffuse. Le corps thyroïde normal paraît refoulé à la périphérie.

Il est à remarquer que le stade adénomateux opéré est celui que l'on rencontre le plus fréquemment dans le goitre exophthalmique (Renaut, Soufault, Greenfield, etc.).

Présentation de pièces.

Tumeur maligne de la valvule iléo-cæcale, compliquée d'invagination iléo-colique. Résection large et réunion des deux bouts. Guérison. Présentation de la pièce.

M. Lejars. — La pièce que j'ai l'honneur de vous présenter provient d'une malade de 40 ans, opérée à l'hôpital Beaujon, le 30 septembre dernier.

Cette malade m'avait été envoyée par M. le Dr Soupault, qui la soignait depuis plusieurs mois. Très pâle, très amaigrie, elle souffrait depuis deux ans d'accidents intestinaux, caractérisés par la constipation suivie de débâcles, et des crises douloureuses, qui avaient fait penser d'abord à de la colite muco-membraneuse. Puis une tumeur avait paru occupant la partie supérieure de la fosse iliaque droite, du reste très mobile et assez variable dans sa situation; on aurait pu la prendre pour un rein déplacé. Dans les deux dernières semaines de septembre, les douleurs étaient devenus atroces, et s'étaient accompagnées de tous les signes d'une obstruction intestinale.

Ce fut dans ces circonstances que la laparotomie fut pratiquée. Je tombai sur une tumeur grosse comme le poing, siégeant dans le côlon ascendant, qu'elle distendait, tout en restant indépendante de sa paroi. Le côlon est incisé, et il est aisé de reconnaître un gros néoplasme de la valvule de Bauhin, formant la tête d'une grande invagination de l'iléon et du cœcum dans le côlon. Après ligature provisoire, à la gaze iodoformée, de la partie terminale de l'iléon et de la partie supérieure du côlon ascendant, le mésentère correspondant est lié en plusieurs paquets et détaché, et une double section circulaire permet d'enlever toute la masse invaginée. Les deux bouts sont alors réunis par le bouton de Murphy, et un surjet sus-séreux appliqué par-dessus. Réunion de la paroi ; drain.

Les suites ont été très simples. Au 11e jour, première selle. La guérison se poursuivit sans incident, l'alimentation devenant de jour en jour plus abondante. Cicatrisation de la paroi et de l'orifice du drain. Le 24 octobre, la malade rentrait chez elle, et le jour même, elle rendait, dans les selles, le bouton de Murphy. Depuis, l'état général continua à s'améliorer.

Il est impossible, même sur la pièce et en exerçant de très fortes tractions, de réaliser l'invagination, et cela est dû moins aux adhérences qu'aux dimensions du néoplasme. Celui-ci est ovoïde, il mesure 7 centimètres de long et 6 centimètres de large, il occupe les deux lèvres de la valvule, dont l'orifice n'est plus représenté que par un pertuis étroit occupant le sommet de la grosse tumeur; elle est dure, de coloration blanchâtre, à la coupe, et recouverte

d'une muqueuse amincie. On ne trouve pas d'autres tumeurs sur la muqueuse du cæcum. La portion d'intestin reséquée paraît mesurer environ 35 centimètres et comprend 10 centimètres d'iléon, tout le cæcum et une partie du côlon ascendant.

L'examen histologique, pratiqué par M. le Dr Soupault, a montré qu'il s'agissait d'un lymphadénome.

Les faits de tumeurs du cæcum compliquées d'invagination ileo-colique sont loin d'être fréquents : la résection très large, suivie de la réunion des deux bouts, paraît être, en pareil cas, la meilleure pratique.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
NÉLATON.

Séance du 10 novembre 1897.

Présidence de M. DELENS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Les manuscrits déposés par les compétiteurs aux différents prix de la Société de chirurgie ;

3° M. RICARD dépose sur le bureau de la Société de chirurgie un livre intitulé : *Technique chirurgicale*, de M. Doyen, de Reims ;

4° M. RICHELOT présente un mémoire de M. Lafourcade (de Bayonne), *sur deux cas d'abcès du foie* ;

5° M. MONOD offre à la Société de chirurgie un volume *Sur l'appendicite*, par MM. Monod et Vanverts.

A propos du procès-verbal.

M. Ch. Monod. — Je tiens à joindre aux cas de corps étrangers du rectum qui vous ont été rapportés par MM. G. Marchant et Bazy, dans notre dernière séance, un fait analogue observé l'an dernier dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine :

Il s'agit ici encore d'une bouteille qu'un homme de 73 ans, veuf depuis seize ans, avouant qu'il se livrait sur lui-même à des pratiques honteuses, « la nature parlant fortement en lui », s'était introduite dans l'anus.

Cette bouteille était munie d'une ficelle, grâce à laquelle il la retirait facilement. Mais un jour la ficelle cassa. L'homme fit de vains efforts pour rendre ou pour extraire le corps étranger. Force lui fut de venir demander secours.

Le doigt introduit dans l'anus reconnaissait immédiatement le fond de la bouteille logée dans l'ampoule rectale. Je me contente de cette constatation sommaire, et ne fais aucune tentative d'extraction avant que le malade ne soit endormi.

La résolution obtenue, il est facile, en déprimant la paroi abdominale, de sentir à l'hypogastre le col de la bouteille. Le doigt, d'autre part, introduit à travers un anus très dilaté, faisait aisément le tour du fond du flacon.

Après quelques tentatives, et en combinant les manœuvres de la main abdominale repoussant le corps étranger de haut en bas et celles du doigt rectal, le refoulant en avant, je pus sans trop de peine l'amener dans l'axe du canal ano-rectal et de là au dehors, sans déchirure ni de l'anus, ni de la muqueuse.

La bouteille, que je vous présente, était munie de son bouchon et de son bout de ficelle. Elle mesurait 14 centimètres de haut, 5 centimètres de diamètre et 175 millimètres de circonférence dans sa portion la plus large.

Ce fait, comme celui que M. Bazy nous a présenté de la part de M. Broussin, comme le sien propre, est donc un nouvel exemple d'extraction facile d'un corps étranger du rectum, par les voies naturelles et sans opération préliminaire.

Ces cas sont loin d'être rares. J'avais l'an dernier, à propos de mon observation, dressé une petite statistique des faits les plus connus de corps étrangers du rectum. J'en avais réuni 28, chiffre qui s'élève à 34, si j'y joins mon cas, ceux qui vous ont été présentés mercredi dernier et un dernier que M. Jalaguier vient de me communiquer.

Sur ces 34 cas, 27 fois le corps étranger fut extrait par les

voies naturelles — cela avec 5 morts. Mais il faut ajouter que deux fois (Laroyenne, Tillaux)[1], sur ces cinq terminaisons fatales, la mort peut être expliquée par les lésions produites dans l'intestin par les corps étrangers. Dans trois autres cas (Dor, Velpeau, Albran)[2] par contre, elle est bien due aux manœuvres d'extraction.

Dans 22 cas donc, les tentatives pour amener le corps étranger au dehors par les voies naturelles, sans opération préliminaire, ont abouti. Ces tentatives furent cependant parfois laborieuses. Deux fois le corps étranger (verre et porcelaine) fut intentionnellement brisé et extrait par fragments — pratique que je suis loin d'approuver. Je note que dans plusieurs cas, il est expressément parlé de l'enclavement du corps étranger dans la concavité sacrée — fait sur lequel M. Gérard-Marchant insistait dans notre dernière séance — et de la nécessité de le dégager de cette situation pour l'amener au dehors. M. Désormeaux, lorsqu'il communiqua son observation à la Société de chirurgie[3], dit à ce sujet : « que la difficulté de « l'opération résidait seulement dans une sorte d'enclavement du « corps étranger (bouteille); ce n'était pas l'extraction et le passage « de ce corps qui étaient pénibles, mais bien son dégagement. » Et il se loue d'avoir eu, pour ce dégagement, recours au forceps.

Un petit forceps est l'instrument le plus souvent employé en pareil cas par les opérateurs.

Dans sept cas[4], il fallut, pour délivrer le patient, pratiquer une opération préliminaire : simple section du sphincter (Raffy), rectotomie linéaire postérieure (Turgis), résection du coccyx (Delbet, Buffet), gastrotomie (Reali, Studsgaard). Dans un cas de Verneuil, enfin, on fit d'abord une incision abdominale parce qu'on croyait le corps étranger logé dans l'S iliaque ; reconnaissant qu'il était encore engagé dans le rectum, on reprit les tentatives par en bas, mais il fallut, pour réussir, faire une rectotomie postérieure ; la main d'un aide agissant de haut en bas sur le corps étranger à travers l'incision abdominale, en facilita la descente.

Cette question de la conduite à tenir, en cas de corps étranger du rectum, a été à diverses reprises discutée dans cette enceinte. Elle le fut notamment en 1880 par M. Verneuil qui, déposant sur notre bureau la thèse d'un de ses élèves, M. Gérard[5], écrite sous

[1] Voir dans les tableaux suivants, donnés à l'appui des observations de M. Monod, le tableau B, n[os] 4 et 5.

[2] *Ibid.*, tableau B, n[os] 1, 2 et 3.

[3] Désormeaux, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1862, 5[e] série, t. III, p. 33; et le tableau A, n° 12.

[4] Voir plus loin, tableau C.

[5] Gérard (Camille), Des corps étrangers du rectum, leur migration dans l'intestin et leur histoire (*Thèse de Paris*, 1878, n° 468).

A. *Extraction par les voies naturelles. Guérisons* (22 cas).

NUMÉROS.	OPÉRATEURS et indications bibliographiques.	SEXE ET AGE de l'opéré.	NATURE, FORME et dimensions de l'objet.	DURÉE du séjour.	MODE D'EXTRACTION.	RÉSULTAT.	REMARQUES.
1	**Marchettis**, cité par Hévin. Précis d'observations sur les corps étrangers, etc. (*Mém. de l'Académie de Chir.*, 1743, édit. in-8°. Paris 1819, t. I, p. 403).	Femme.	Queue de cochon.	6 jours.	La queue fut engagée dans un roseau creux et, par cet artifice, retirée sans peine.	Guérison.	Le corps étranger avait été introduit par malveillance. Les poils de la queue, coupés ras, s'opposaient à sa sortie.
2	**Morand**, collection de plusieurs observations singulières sur des corps étrangers, etc. (*même recueil*, 1757, édit. in-8°, Paris 1819, t. III, p. 533).	Homme, 60 ans.	Affiquet de buis (instrument dont les femmes se servent pour tricoter). Longueur..... 1/2 pied	?	Extraction facile avec des tenettes.	Guérison sans accidents.	Le corps étranger saisi avec l'instrument sur l'homme debout, celui-ci se sauva, se délivrant ainsi lui-même.
3	**Bonhomme**, cité par Morand (*même recueil*, même page).	Homme, 60 ans.	Navette de Tisserand.	5 jours.	Extraction facile avec des tenettes.	Guérison en 20 jours.	
4	**Nolet**, cité par Morann, d'après Louis (*même recueil*, même page).	Homme.	Bouteille.	?	Après diverses tentatives infructueuses, on eut recours à un garçon de 9 ans, qui avec la main put saisir et extraire le corps étranger.	Guérison en 15 jours.	
5	**Desault** (1792), *Journal de Chirurgie*, Paris 1791-93, t. III, p. 177 ; et Boyer *Traité des mal. chirurgic.*, Paris 1825, t. X, p. 34.	Homme, 47 ans.	Pot à confiture en faïence, forme conique. Longueur............ 3 pouces Diamètre maximum... 2 —	8 jours.	Tenettes avec lesquelles le vase fut brisé intentionnellement, et extrait par fragments.	Guérison en 15 jours.	La muqueuse rectale était invaginée dans le vase. Les parois environnantes très enflammées. L'opération ne fut ni longue ni douloureuse, bien que les tenettes eussent été introduites un grand nombre de fois.
6	**Thomas** (1807), d'après Gérarn (Cam.). Des corps étrangers du rectum (*Thèse de Paris*, 1878, p. 56 ; et *London medico-chir. Transactions*, t. I).	Homme.	Bâton. Longueur. 9 $^1/_2$ pouces	7 jours.	Dilatation de l'anus. Extraction à l'aide de la main engagée tout entière dans le rectum.	Guérison en quelques jours.	L'extrémité du bâton était engagée dans la concavité du sacrum, d'où il fallut la dégager.
7	**Jules Cloquet** (1843), *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1862, 2e série, t. III, p. 34.	Homme, 36 ans.	Chope de bière.	?	Dilatation de l'anus. Extraction facile avec les doigts.	Guérison sans accidents.	Le malade débarrassé se sauva promptement.
8	**Parker** (1848), d'après Gerarn (*Thèse citée*, p. 59), et Ruschenberger (*American Journ. of medic. Sc.*, 1849, p. 409).	Homme, 60 ans.	Gobelet en verre. Hauteur.......... 3 $^1/_2$ pouces Diam. maximum.. 2 $^5/_8$ — Diamètre minimum 1 $^7/_8$ —	24 heures.	Forceps avec lequel le gobelet fut brisé intentionnellement et retiré par fragments. (Durée 1 h. 30 m.).	Guérison en 14 jours.	Le gobelet était fortement fixé ; les doigts ne pouvaient que difficilement le contourner : c'est pour cela qu'on crut devoir le briser.
9	**Velpeau**, Communication à l'Académie de médecine, 28 août 1849 (*Arch. gén. de médecine*, 1849, 4e série, t. XXI, p. 102).	Homme.	Fiole à eau de Cologne. Longueur........ $0^m,28$	?	Extraction facile avec les doigts.	Guérison sans accidents.	Le corps étranger formait sous les fausses côtes droites une tumeur appréciable à travers les parois abdominales.

NUMÉROS.	OPÉRATEURS et indications bibliographiques.	SEXE ET AGE de l'opéré.	NATURE, FORME et dimensions de l'objet.	DURÉE du séjour.	MODE D'EXTRACTION.	RÉSULTAT.	REMARQUES.
10	**Huguier**, *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1858-1859, 1re série, t. IX, p. 265.	Homme.	Tuyau de pipe en bois. Longueur....... 0m,19 Diamètre 0m,02	?	Le corps étranger est saisi avec une pince à polypes; poussé en haut pour le dégagement de la concavité sacrée, puis tiré en bas, et extrait sans difficulté.	Guérison sans accidents.	Le corps étranger était dirigé de baut en bas et d'avant en arrière. Son extrémité inférieure qui était à 6 centimètres de l'anus, commençait à s'engager dans la paroi postérieure du rectum au-dessus de l'articulation saoro-coccygienne.
11	**Morel-Lavallée**, d'après Gérard (*Thèse citée*, p. 59).	Homme.	Verre à boire.	?	Dilatation forcée grâce à laquelle le verre put être retourné et extrait sans peine par sa petite extrémité (*chloroforme*).	Guérison (mort ultérieure par choléra).	Le malade étant mort du choléra peu après, on put constater l'intégrité complète des parties.
12	**Desormeaux**, *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1862, 2e série, t. III, p. 33.	Homme.	Bouteille. Hauteur................. 0m,19 Circonférence (maxim.). 0m,19 Diamètre (fond)......... 0m,055	36 heures.	Traction avec forceps pendant que les doigts dégagent le fond de la bouteille de la pointe du coccyx qui le resserrait.	Guérison en quelques jours.	La bouteille était dirigée obliquement d'avant en arrière et de haut en bas. L'anus était dilaté. La difficulté d'extraction résultait surtout de l'*enclavement* du corps étranger dans la concavité sacrée.
13	**Howison**, d'après Gérard (*Thèse citée*, et *The Lamet*, 25 mai 1867).	Homme.	Bouteille. Longueur ...... 8 pouces Circonférence : Grosse extrémité... 4 pouces Col................. 1 1/2 —	?	Dilatation de l'anus. Traction avec pince œsophagienne.	Guérison rapide.	L'expulsion fut attribuée surtout aux contractions intestinales.
14	**Péan** (1872), d'après Gérard (*Thèse citée*, p. 58).	Homme.	Ovoïde en bois. Diamètre maximum...... 0m,13 — minimum...... 0m,07	3 heures.	Extraction avec un céphalotribe. Le verre se brisa.	Guérison prompte.	Une tentative d'extraction avec un petit forceps avait échoué.
15	**Gillette**, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1877, t. III, p. 684.	Homme, 61 ans.	Manche de pelle. Longueur........ 0m,22 Diamètre......... 0m,04	5 jours.	Le corps étranger est saisi avec des tenettes. Les doigts de la main gauche le dirigeant, on parvient à lui faire suivre la concavité sacrée et à l'attirer au dehors.	Guérison rapide.	Le corps étranger était en grande partie logé dans l'S iliaque. Son extremité inférieure était en effet à 10 centimètres de l'anus, et la supérieure facilement sentie dans la fosse iliaque gauche.
16	**Marc Sée**, *même recueil*, 1878, t. IV, p. 657.	Homme, 70 ans.	Canule à lavement. Longueur......... 0m,25 à 0m,30	8 jours.	Extraction facile avec des pinces.	Pas d'accidents.	Le corps étranger avait tout d'abord échappé aux recherches. Au bout de huit jours, il se déplace et se présente de lui-même à l'anus.
17	**Bernard** (de Cannes), *même recueil*, 1880, t. VI, p. 360.	Homme, 60 ans.	Cheville de bois. Longueur................ 0m,15 Diamètre maximum...... 0m,04	Quelques heures.	Extraction avec des pinces guidées par la main gauche introduite tout entière dans le rectum.	Guérison prompte.	La pointe du bâton était fichée dans la muqueuse au niveau du promontoire sacro-vertébral. Lorsque la main gauche l'eut dégagée, l'extraction se fit sans peine.

NUMÉROS.	OPÉRATEURS et indications bibliographiques.	SEXE ET AGE de l'opéré.	NATURE, FORME et dimensions de l'objet.	DURÉE du séjour.	MODE D'EXTRACTION.	RÉSULTAT.	REMARQUES.
18	**Rouatan** (de Cannes), *même recueil* et *même volume*, p. 564.	Homme, 62 ans.	Bougie à brûler. Longueur........ 0m,25	8 jours.	Le corps étranger est extrait avec des pinces, l'index gauche le dirigeant dans sa descente.	Guérison en quelques jours.	Le corps étranger était à bout de doigt. Obigé de suivre en descendant la concavité sacrée, il se brisa en deux endroits.
19	**Bazy**, *même recueil*, séance du 3 novembre 1897.	Homme, 50 ans.	Bouteille. Longueur........ 0m,24 Diamètre (fond).. 0m,06	2 jours.	Extraction sans difficulté à l'aide d'un forceps (*chloroforme*).	Guérison prompte.	Une première tentative, sans chloroforme, avait échoué.
20	**Brouaain** (de Versailles), *eodem loco*.	Homme, 40 ans.	Saucisson.	2 jours.	Extraction sans difficulté par morcellement.	Guérison sans accidents.	
21	**Monod** (**Charles**), *même recueil*, séance du 10 novembre 1897.	Homme, 73 ans.	Bouteille. Longueur............. 0m,14 Circonférence (maxim.). 0m,17,5 Diamètre (fond)........ 0m,05	Quelques heures.	Extraction sans difficultè avec les doigts, aprés dilatation d'un anus d'ailleurs trés relâché (*chloroforme*).	Guérison prompte.	Des pressions exercées sur le goulot de la bouteille senti à travers la paroi abdominale, facilitérent le degagement et la descente du corps étranger.
22	**Jalaguier** (**Ad.**), observation inédite (Pitié, 1889).	Homme, 66 ans.	Bougie à brûler. Longueur........ 0m,22	5 jours.	Extraction sans difficulté avec une pince.	Guérison prompte.	L'extrémité inférieure (méche) était à bout de doigt. On put sentir la mèche et la saisir avec la pince.

B. *Extraction par les voies naturelles. Morts* (5 cas).

NUMÉROS.	OPÉRATEURS et indications bibliographiques.	SEXE ET AGE de l'opéré.	NATURE, FORME et dimensions de l'objet.	DURÉE du séjour.	MODE D'EXTRACTION.	RÉSULTAT.	REMARQUES.
1	**Dor** (de Marseille), d'après Gérarn (*Thèse citée*, p. 54 ; *Gaz. médic. de Paris*, 1833, p. 199).	Homme, 62 ane.	Pilon en bois. Diamètre maxim.. 2 1/2 pouces	Quelques heures.	Tentatives répétées avec pinces et tenettes. On réussit avec un petit forceps.	Mort en 30 heures, par inflammation consécutive.	
2	**Velpeau** (1844), d'aprés Nélaton (*Éléments de pathol. chirurg.*, Paris, 1858, t. 5, p. 42).	Homme.	Grand verre à bière.	?	Extraction avec un forceps. Le verre se brisa.	Mort au bout de 8 jours, par phlegmon du bassin.	Il fallut retourner le verre pour l'amener au debors. C'est dans cette manœuvre que le verre brisé blessa le rectum.
3	**Alibran** (de Compiégne), d'après Gérarn (*Thése citée*, p. 42; et *Gaz. des Hôpitaux*, 1849, p. 561).	Homme.	Morceau de bois. Longueur........ 0m,22 Diamètre......... 0m,07	1 mois.	Tentatives répétées et inutiles d'extraction avec la main, aboutissant enfin avec une pince à griffes.	Mort au bout de 3 jours, par peritonite généralisée.	Dans ce cas, comme dans les deux précédents, la mort parait attribuable aux manœuvres d'extraction. Il n'en est pas de même dans les deux suivants.
4	**Laroyenne** (de Lyon), *ibid.*, p. 49 et *Gaz. médicale de Lyon*, 1867.	Homme, 47 ans.	Verre à boire. Hauteur....... 0m,09 Diamètre....... 0m,07,5	54 jours.	Extraction avec un forceps, difficile à cause de l'enclavement du corps étranger dans la concavité sacrée (*chloroforme*).	Mort au bout de 20 jours. Diarrhee persistante.	Les accidents intestinaux, imputables au long séjour (prés de deux mois) du corps étranger, existaient avant les tentatives d'extraction.

NUMÉROS.	OPÉRATEURS et indications bibliographiques.	SEXE ET AGE de l'opéré.	NATURE, FORME et dimensions de l'objet.	DURÉE du séjour.	MODE D'EXTRACTION.	RÉSULTAT.	REMARQUES.
5	**Tillaux**, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1877, t. III, p. 532.	Homme, 36 ans.	Bougie à brûler.	5 jours.	Extraction facile avec tenettes.	Mort au bout de 2 jours.	A l'autopsie : rectum sain, mais petite ulcération de l'S iliaque correspondant au point où avait porté l'extrémité de la bougie.

N. B. — L'observation de **Lane** et **Owen** (GÉRARD. *Thèse citée*, p. 51) peut être négligée. Les corps étrangers (boule de flanelle et de savon) furent extraits sans peine avec les doigts et à l'aide de lavements. Le malade meurt dans la soirée de péritonite; mais il était soigné la veille pour une hernie étranglée avec signes de péritonite grave. Il fut difficile de dire si la péritonite était due à la hernie ou aux corps étrangers.

C. *Extraction par les voies naturelles agrandies : section du sphincter, rectotomie, résection du coccyx* (5 cas, 5 guérisons).

NUMÉROS.	OPÉRATEURS et indications bibliographiques.	SEXE ET AGE de l'opéré.	NATURE, FORME et dimensions de l'objet.	DURÉE du séjour.	MODE D'EXTRACTION.	RÉSULTAT.	REMARQUES.
1	**Raffy** (de Puymirol), *Journal de Méd. Chir. et Pharm. de Toulouse*, mars 1860. (Analyse *Gaz. hebd. de Paris*, 1860, p. 509).	Homme, 37 ans.	Fourche de bois dont les deux branches, longues de 0m,07 à 8 centimètres, étaient écartées de 0m,07.	?	Section du sphincter. L'écartement des branches de la fourche rend l'extraction difficile.	Guérison après convalescence assez longue.	
2	**Turgis** (de Falaise), *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1878, t. IV, p. 789).	Homme.	Tasse à chocolat ébréchée dans une première tentative d'extraction.	4 jours.	Rectotomie postérieure à l'aide de l'écraseur linéaire.	Guérison.	Même après la rectotomie, il fallut agir très vigoureusement, par un mouvement de levier sur le corps étranger pour le dégager de la concavité sacrée.
3	**Verneuil**, *même recueil*, 1880, t. VI, p. 281.	Homme, 45 ans.	Cylindre de bois. Longueur........ 0m,08 Diamètre........ 0m,06	10 jours.	Rectotomie postérieure au thermo-cautère. Extraction avec pinces de Museux. Le corps étranger était repoussé de haut en bas par un aide et refoulé d'arrière en avant avec une branche de tenette (*chloroforme*).	Guérison.	On avait tout d'abord pratiqué une laparotomie, parce que le corps étranger très élevé semblait être dans l'S iliaque.
4	**Delbet** (Pierre), *même recueil*, séance du 3 novembre 1897 (rapport de M. Gérard-Marchant et *Gaz. hebdom. de Paris*; 1877, n° 90, p. 1069).	Homme, 30 ans.	Bouteille. Longueur.......... 0m,24 Circonf. maxima.... 0m,18 Diamètre............ 0m,057	?	Tentatives antérieures et infructueuses par les voies naturelles. Extraction facile avec les doigts après rectotomie postérieure (au bistouri) et résection du coccyx (*chloroforme*).	Guérison. Suture profonde et superficielle de la plaie. Réunion primitive.	Le corps étranger était enclavé dans la concavité sacrée. Le coccyx se recourbait au-dessous de son fond, comme un taquet.
5	**Buffet**, (d'Elbeuf) (d'après M. Gérard-Marchant et *Normandie médicale*, 1er avril 1894).	Homme, 42 ans.	Verre à boire.	Quelques heures.	Extraction facile avec les doigts, après 3/4 d'heure d'efforts, grâce à la résection du coccyx (*chloroforme*).	Guérison.	La résection du sphincter avait été insuffisante. L'obstacle était le coccyx.

D. *Extraction par laparo-entérotomie* (2 cas).

L'extraction, à l'aide d'une laparotomie, d'un corps étranger introduit dans l'anus n'a été à notre connaissance faite que deux fois; par un chirurgien italien, Reali [1] et par Studsgaard (de Copenhague) [2]. M. Verneuil [3] a dit, il est vrai, à la Société de chirurgie que la même opération aurait été faite, deux fois encore et avec un égal succès; mais il ne paraît pas que ces observations aient été publiées.

Il s'agit, en tout cas, de faits exceptionnels dans lesquels le corps étranger, très haut situé échappe absolument à toute exploration par les voies naturelles, et qui sont en dehors de la discussion actuellement pendante.

son inspiration, disait qu'elle contenait le long martyrologe des victimes de l'extraction par les voies naturelles.

Je vous ai dit que ce « martyrologe » se réduisait à 3 morts sur 32 cas.

Je me hâte de dire que trois morts, en pareille circonstance, sont beaucoup trop, et avec M. Delbet et notre collègue M. G. Marchant, j'estime que, pour peu que l'extraction simple paraisse présenter de réelles difficultés, il faudra savoir y renoncer.

Je crois cependant qu'il faudra toujours la tenter, en ayant soin d'endormir le malade au préalable, et en s'aidant au besoin d'un petit forceps, qui facilitera le *dégagement* du corps étranger.

Si l'on échoue, devra-t-on avoir d'emblée recours à la résection du coccyx, comme le conseillent MM. G. Marchant et Delbet? Je ne le pense pas, la section du sphincter et la rectotomie postérieure pouvant parfois suffire.

Il me semble que l'on devra dans cette voie procéder par étapes: sectionner d'abord le sphincter et essayer de retirer le corps étranger; s'il ne vient pas, faire la rectotomie postérieure, et enfin si celle-ci ne donne pas assez de jour, y joindre la résection du coccyx.

Cette remarque a une certaine importance pratique. L'extraction d'un corps étranger du rectum est en effet une de ces opérations d'urgence que tout médecin peut être appelé à exécuter. La section du sphincter anal et même la rectotomie postérieure, qui peut à la rigueur être et a été faite à l'écraseur ou au thermo-

[1] Reali, Morceau de bois, gastrotomie, guérison (*Gazette médicale de Paris*, 1849, p. 895).

[2] Studsgaard, Corps étranger (verre à champignon) dans l'S iliaque extrait par laparo-entérotomie (*Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1878, t. IV, p. 658); — *Rapport* par M. Tillaux et *Discussion* (*Ibid*, p. 655).

[3] Verneuil, *Ibid*, 1880, t. VI, p. 90.

cautère (Turgis, Verneuil), sont des opérations à la portée de praticiens qui pourraient reculer devant la résection du coccyx.

Discussion sur l'occlusion intestinale.

M. Hartmann. — Au début de cette discussion, j'ai soutenu qu'en cas de doute, dans l'occlusion intestinale, il fallait recourir à la laparotomie, que celle-ci n'était pas aussi grave qu'on l'avait donné à entendre, que sa gravité ne venait que de ce que le chirurgien opère trop tard. *La mort dans l'occlusion est le plus souvent le résultat de la prolongation du traitement médical.*

Je vous apporte aujourd'hui mes observations. Je laisse de côté les cancers du rectum, les parésies séniles, les compressions par tumeurs *où les indications sont nettes.* Je vous mentionnerai simplement 3 cas d'anus cœcal pour un cancer du côlon; tous 3 sont morts au bout d'un temps variant de dix à trente jours. Dans un cas d'invagination du côlon datant de quelques heures j'ai réduit par le massage abdominal. Enfin, dans un cas d'occlusion chronique par cancer de l'angle droit du côlon inextirpable, j'ai fait une entéro-anastomose; ma malade vit encore six mois après l'opération. C'est là une opération qui est, je crois, supérieure à l'anus contre nature.

J'arrive à mes 9 laparatomies pour occlusion aiguë. Elles m'ont donné 4 morts et 5 guérisons.

Voyons les *morts :* 1° Homme de 63 ans, étranglement datant de *huit jours* dans une hernie rétro-péritonéale; 2° femme de 45 ans, froide, occlusion par calcul biliaire, datant de *cinq jours ;* 3° homme de 66 ans, réduction en masse d'une hernie depuis *sept jours ;* il y avait sphacèle et perforation de l'intestin; 4° une femme de 56 ans porteuse d'un volvulus de l'intestin grêle sous une bride, datant de *six jours.*

Toutes les morts ont donc trait à des étranglements datant de cinq, six, sept et huit jours.

Les cinq guérisons ont trait à une hernie réduite en masse depuis *cinq jours*, une bride depuis *55 heures*, une invagination depuis *trois jours*, un volvulus iliaque depuis *deux jours*, un étranglement sous une bride constituée par un canal omphalo-mésentérique, depuis *cinq jours.* Dans ce dernier cas, l'intestin était malade, je dus faire une résection suivie d'entérorrhaphie circulaire.

Toutes les guérisons ont donc trait à des étranglements datant de moins de cinq jours.

Cette statistique montre donc d'une manière évidente que l'opération précoce, la laparotomie, est la seule opération bonne et qu'elle ne présente aucune gravité si l'on n'a pas abusé du traitement médical.

M. Broca. — Lorsque, dans notre dernière séance de juillet, je vous ai lu un rapport de quelques lignes sur deux cas d'occlusion intestinale aiguë que nous avait communiqués M. Legueu, je ne m'attendais certes pas à soulever une discussion aussi ardente.

Avant de répondre à mes contradicteurs, permettez-moi de poser la question exactement comme je l'ai posée dans mon rapport initial, car on ne saurait s'entendre, en un sujet aussi complexe, si on ne limite bien le débat.

M. Legueu, faisant une laparotomie pour occlusion aiguë, trouve un cæcum oblitéré par torsion et distendu au point de remplir tout le ventre : j'ai rappelé, qu'en cas de volvulus, cette distension de l'anse étranglée est la règle et que cela doit faire réfléchir les partisans, aujourd'hui raréfiés, de l'anus contre nature. Le second cas de M. Legueu, au contraire, leur aurait souri : il s'agissait d'une paralysie intestinale avec persistance du contour de la partie serrée, après réduction d'une hernie par le taxis. Mais le diagnostic était-il possible avec la réduction en masse, avec la réduction du collet rompu circulairement? J'ai félicité M. Legueu de ne pas l'avoir cru, de ne pas avoir perdu avec les purgatifs et les lavements électriques un temps qui aurait pu être précieux, et de nous avoir montré que dans ces conditions la laparotomie exploratrice est, à la fois, bénigne et efficace. Ainsi tombe, disais-je, un des derniers arguments en faveur de l'anus contre nature.

Lorsque la discussion s'est allumée, Quénu, puis Reclus ont pris la défense de l'anus contre nature dans le cas spécial de l'iléus paralytique et encore sans critiquer, en rien, la conduite de Legueu. J'aurais eu plaisir, avec quelques légères concessions de part et d'autre, à nous mettre d'accord sur ce point. C'est ce que je ferai à la fin de cette réponse ; mais je ne puis me borner à l'examen de ce cas particulier, car les partisans quand même de l'anus contre nature, sont moins raréfiés que je ne l'estimais. La fin du débat, sans doute, m'a prouvé qu'ils sont en petite minorité, mais leur qualité supplée à leur quantité, et puisque Segond, Nélaton, Chaput ont envisagé la question dans son ensemble, je me vois forcé de les suivre sur ce terrain. Mon opinion est celle de Berger, Routier, Michaux, Hartmann, Peyrot, etc., et je désire la soutenir observations en main.

D'abord, si vous voulez bien, circonscrivons la lutte à l'*occlusion intestinale aiguë*. C'est elle seule que j'ai visée dans mon rapport;

c'est sur elle seule que les avis diffèrent. Il n'y a aucune parité à établir, par exemple, entre une hernie interne et une compression de l'intestin par une tumeur. Qui donc parmi nous, quoi qu'ait l'air d'en penser Kirmisson, aurait fait la laparotomie à une enfant atteinte d'occlusion chronique, depuis cinquante-deux jours, en raison d'un sarcome du bassin? Ce serait aussi absurde que de traiter, séance tenante, par l'extirpation un cancer du rectum, même bien limité, accompagné d'occlusion : on établit, d'abord, un anus artificiel, puis à tête reposée, en tenant compte, à la fois, de l'état général et de l'état local, on prend une détermination définitive. C'est exactement ce qu'ont fait pour des cancers du côlon, nos collègues Segond et Nelaton, et c'est la seule conduite sage.

Donc, pour l'occlusion chronique, par cancer, par tumeurs diverses, nous croyons tous que le diagnostic causal en est d'ordinaire possible et que l'on peut, en connaissance de cause, avoir l'éclectisme thérapeutique cher à Kirmisson. L'anus contre nature, souvent indiqué à titre définitif ou temporaire, pourra être pratiqué, la plupart du temps, sur le gros intestin et donnera de bons résultats immédiats.

En est-il de même pour l'occlusion aiguë? Absolument pas. Et, au risque de me faire encore traiter d'ignorant par Kirmisson, je crois que le diagnostic de la cause et du siège peut ici être quelquefois soupçonné, mais que la plupart du temps on reste dans le doute.

Je dois, il est vrai, dans les cas aigus, établir une classe à part pour les cas très spéciaux, et si bien étudiés par Segond, d'occlusion intestinale consécutive à l'hystérectomie vaginale. Je connais théoriquement ces faits par la thèse si intéressante de Giresse et l'ensemble anatomo-pathologique, clinique, thérapeutique, qui en résulte est fort satisfaisant pour l'esprit. Comme Segond l'a dit, la limite exacte de la vraie occlusion est assez difficile à tracer, pour déterminer quand un purgatif suffit, et quand, au contraire, on doit opérer. Mais lorsque l'intervention s'impose, Segond nous montre, observation et pièces en mains, que l'anus contre nature est le procédé de choix.

Mais est-ce là l'occlusion intestinale aiguë proprement dite, celle pour laquelle nous sommes appelés dans les hôpitaux comme chirurgien de garde; pour laquelle, en ville, nous sommes mandés d'urgence? Il n'en est rien, et les occlusions post-opératoires dont nous a parlé M. Segond sont, en réalité, fort différentes, au point de vue des indications chirurgicales, de celles dont Legueu, Lejars et moi-même avons parlé.

Celles-là seules ont été visées par moi, et c'est pour elles que je continue à considérer la laparotomie comme l'intervention de choix.

Mes observations personnelles prouvent, et j'y reviendrai tout à l'heure, qu'on peut en obtenir une proportion importante de succès; elles prouvent aussi que les lésions causales la requièrent la plupart du temps, que, malgré l'opinion de mon ami Nélaton, les brides, les volvulus, les invaginations, les hernies internes constituent la grande majorité des faits.

Pour entrer dans le détail du débat, il importe de distinguer, selon que le diagnostic de la nature des lésions est établi ou ne l'est pas.

Parmi les occlusions aiguës de l'enfance, l'invagination me semble, en général, possible à reconnaître : le jeune âge du sujet, les selles sanglantes doivent faire rechercher avec soin le boudin caractéristique, et dans les quatre cas que j'ai observés, je l'ai trouvé le long du côlon transverse ou du colon descendant.

Le diagnostic d'invagination étant posé, je crois que nous sommes à peu près d'accord ; seule, la voix de Chaput s'est élevée en faveur de l'anus contre nature. Laisser dans le ventre un intestin dont le sphacèle est imminent, ne me paraît pas raisonnable. Ma pratique sur ce point spécial est la suivante : 4 laparotomies m'ont donné 3 morts, mais les 3 morts concernent des cas où les lésions étaient manifestement au-dessus des ressources de l'art. Une fois le boudin invaginé était noir, gangrené en masse, exhalait une odeur putride; par acquit de conscience, j'ai pratiqué l'entérectomie et l'entérorrhaphie circulaire, et l'enfant est mort en quelques heures. Deux fois, j'ai trouvé, outre le sphacèle, une perforation du collet, par laquelle du liquide stercoral s'écoulait dans le péritoine, et sans même chercher à désinvaginer j'ai refermé le ventre. En toute sécurité sur la réponse, je demande si dans les cas de ce genre une opération quelconque aurait sauvé la vie? Par contre, dans un seul cas, j'ai pu opérer à temps, j'ai désinvaginé deux boudins, l'un ascendant, l'autre descendant, qui se touchaient presque vers le milieu du côlon transverse, et l'enfant, âgé de six mois, a guéri sans encombre; la chloroformisation avait duré au total un quart d'heure. J'ouvre une parenthèse pour vous narrer la suite de l'observation car elle est curieuse : trois mois après, ma petite opérée a eu des accidents d'occlusion légers qui ont cédé spontanément; puis un an plus tard environ, mon ami Brun m'a dit qu'on l'avait apportée à l'hôpital des Enfants-Malades, et qu'elle était morte quelques instants après son admission. En l'absence de toute opération ou de toute autopsie, on ne peut savoir si la mort a été causée par une récidive de l'invagination.

En dehors de l'invagination, je crois que dans la grande majorité des cas d'occlusion aiguë le diagnostic de la cause est sinon impossible, au moins assez douteux pour qu'on ne puisse, en règle géné-

rale, faire entrer cet élément en ligne pour la détermination thérapeutique. Sur ce point encore, une seule voix discordante s'est élevée, celle de Kirmisson : la profession de foi de tous mes autres collègues me console, car ils se déclarent aussi ignorants que moi.

Evidemment oui, on pose quelquefois le diagnostic exact. Sur 16 malades, cela m'est arrivé deux fois pour une péritonite adhésive avec coudures multiples, pour une bride consécutive à une kélotomie pratiquée neuf mois auparavant. Mais 14 fois j'avoue être parti pour une destination inconnue.

J'ajoute même que certaines péritonites suraiguës par perforation ne peuvent être différenciées de l'occlusion aiguë, et en cela je soutiens une proposition tout à fait classique. Je me souviens d'un enfant qui fut envoyé à l'hôpital Trousseau avec le diagnostic d'occlusion aiguë et chez lequel, après avoir constate l'absence de fièvre et l'intégrité de la fosse iliaque droite, je fus également de cet avis : la laparotomie médiane me fit voir des anses uniformément distendues, sans trace d'un obstacle mécanique ; d'autre part, il n'y avait pas de liquide dans le ventre, pas de péritonite appréciable ; j'allai donc palper la fosse iliaque droite, à la recherche d'une appendicite et n'y perçus aucune sensation anormale ; et à l'autopsie je vis l'appendice perforé au sommet, sans trace d'une adhérence.

Aussi, à quelques jours de là, quand on m'apporta à l'hôpital, un enfant dans le même état et chez lequel la sonorité était manifestement diminuée dans la fosse iliaque droite, j'incisai sans hésiter cette région, bien sûr d'y trouver une appendicite : or, je tombai sur des anses affaissées, je vis l'appendice absolument normal, j'attirai l'intestin dans la plaie, je sentis à un moment une résistance venant d'en haut et à gauche, et immédiatement après, l'obstacle ayant cédé, apparut dans la plaie une anse portant à la jonction d'une partie rétractée et d'une partie distendue, un contour serré évident. L'enfant ayant guéri, je n'ai jamais su la cause de cette striction.

Ces deux erreurs sur l'existence même de l'occlusion sont les seules que j'ai commises et j'ai diagnostiqué exactement les autres péritonites aiguës que j'ai rencontrées. Mais, après y avoir été pris, j'en suis encore à me demander si, dans des cas semblables, je trouverais l'indice révélateur du diagnostic exact.

Voilà ce que je voulais dire sur le diagnostic ; je n'insiste pas davantage, car nous avons été unanimes à admirer sur ce point la science de notre ami Kirmisson, tout en désespérant de l'égaler.

J'arrive maintenant à l'examen des deux questions suivantes,

que je résous par l'affirmative : 1° dans les cas à diagnostic causal inconnu, les lésions commandant la laparotomie sont-elles majorité ? 2° la laparotomie pratiquée alors systématiquement donne-t-elle de bons résultats? C'est par l'analyse de ma statistique intégrale, que je puis établir cette proposition. Voici d'abord un résumé rapide des observations.

Obs. I. — Femme de quarante ans, que le 23 février 1892 j'ai opérée à l'hôpital Bichat, au quatrième jour d'une occlusion aiguë ; bride de la fosse iliaque droite sous laquelle était étranglée une anse de grêle. Guérison.

Obs. II. — Homme de quarante-quatre ans, opéré le 22 mai 1891, à l'hôpital Bichat, au cinquième jour d'une occlusion aiguë ; anse de grêle étranglée sous l'épiploon adhérent à droite au détroit supérieur. Guérison de l'occlusion. Mort le 18 juin de bronchopneumonie [1].

Obs. III. — Femme de vingt-huit ans, opérée le 3 janvier 1896, à l'hôpital Saint-Louis, au cinquième jour d'une occlusion aiguë ; deux coudures du grêle par bride dans la fosse iliaque droite, un peu de liquide avec flocons fibrineux dans le ventre. Guérison.

Obs. IV. — Garçon de onze ans et demi, opéré le 26 septembre 1894, à l'hôpital Trousseau, au cinquième jour d'une occlusion aiguë ; bride étranglant une anse de grêle, semis de granulations tuberculeuses sur le péritoine d'ailleurs absolument sec et non congestionné.

Obs. V. — Garçon de dix ans, opéré le 15 novembre 1893, à l'hôpital Trousseau, au bout de quarante-huit heures ; étranglement sur l'intestin grêle, nature exacte inconnue (malade dont il est question plus haut). Guérison.

Obs. VI. — Garçon de quatre ans, auquel le 9 juillet 1897, M. Legueu avait fait avec succès une laparotomie pour invagination. Le 6 septembre, nouveaux accidents des plus graves ; opéré presque agonisant le 8 septembre, brides multiples enserrant le grêle, adhérences avec coudures. Guérison.

Obs. VII. — Femme de vingt-neuf ans, auprès de laquelle j'ai été appelé le 11 avril 1897, par M. le Dr Vimont. Accidents de pelvi-péritonite légère depuis sept jours ; occlusion franche et brusque depuis quarante-huit heures. Série de coudures et de strictions sur le grêle, granulations (tuberculeuses ?), pas de liquide. Guérison.

Obs. VIII. — Femme d'une cinquantaine d'années, opérée d'urgence en 1896, à l'hôpital Lariboisière. Hernie crurale gauche réduite en ville ; persistance des accidents d'étranglement ; rien d'appréciable à la palpation, sauf un peu de douleur à la pression sur la région her-

[1] Observations I et II publiées *in extenso* dans les *Bull. de la Soc. anat.*, 1892, p. 470.

niaire. Laparotomie médiane; pincement latéral d'une anse de grêle à l'anneau crural. Guérison.

Tels sont les huit cas où la laparotomie a été heureuse. On ne m'objectera pas, j'espère, que le malade n° 1 est mort de bronchopneumonie au vingt-septième jour. Quant à l'observation VIII, sans doute, si j'avais eu le diagnostic précis, je m'en serais tenu à la kélotomie. Mais y avait-il réduction en masse, réduction du collet, persistance de striction par une bride? Dans le doute, il fallait ouvrir le ventre, et le succès a justifié ma conduite, comme il a justifié — la lésion était d'ailleurs différente — celle de Legueu dans le cas que j'ai rapporté.

Dans les huit observations qui précèdent, Segond, Nélaton, Chaput m'accorderont que la laparotomie, tout au moins, n'a tué personne. Restent donc les cas mortels, sur lesquels, sans doute, vont triompher mes adversaires. A moins, toutefois, que la lésion trouvée — bride, volvulus, hernie interne — n'ait été de celles que tous mes collègues, sauf Chaput, attribuent à la laparotomie.

Si je ne voulais, à tout prix, échapper au reproche possible d'expurger une statistique, je ne devrais pas compter ici la première observation que je vais relater. Elle concerne, en effet, une occlusion chronique, datant de plusieurs semaines, devenue complète depuis deux à trois jours. Il s'agissait d'une femme d'une cinquantaine d'années, chez laquelle, en 1890, j'ai diagnostiqué, comme lésion plus que probable, un cancer de l'intestin; et j'ai trouvé, en effet, un cancer de l'angle gauche du côlon. Diagnostic, marche des accidents, tout commandait donc l'anus cæcal, et même si M. Bertulus a envoyé un de ses acolytes à notre séance, je suis forcé de m'accuser d'une faute thérapeutique. J'ai fait une laparotomie déplorable, au milieu d'un météorisme considérable, et j'ai dû terminer par un anus contre nature sur le milieu du côlon transverse.

La manuel opératoire, je le reconnais, a été médiocre; on m'en excusera, si je dis que c'était ma première laparotomie pour occlusion. Mais on me reprochera, sans doute, d'avoir mal saisi l'indication thérapeutique. Or, voici ce qui m'a influencé : quelques jours auparavant, j'avais assisté mon maître Terrier auprès d'un vieillard atteint d'occlusion subaiguë, attribuée à un cancer probable de l'S iliaque, et nous avions trouvé un pincement latéral sphacelé à l'anneau inguinal interne du côté droit. Donc, je dirai :

Obs. IX. — Laparotomie pour occlusion chronique par cancer de l'angle gauche du côlon. Opération laborieuse, mort en quelques heures.

Et après avoir battu ma coulpe, je reprends la série des cas où je crois être dans le bon chemin. Reprenons d'abord les observations.

Obs. X. — Femme d'une trentaine d'années, opérée à l'hôpital Bichat en 1892, au huitième jour d'une occlusion aiguë. Hernie étranglée rétroduodénale d'une anse de grêle sphacelée qui s'est rompue à la première et légère traction ; anus contre nature ; mort en quelques heures.

Obs. XI. — En 1894, j'ai laparotomisé, à l'Hotel-Dieu, un homme d'une quarantaine d'années, maigre, malade depuis longtemps, et brusquement pris d'occlusion suraiguë. J'ai trouvé un petit cancer de l'intestin grêle ayant poussé une assez grosse masse dans le mésentère, et là adhérait la pointe de l'épiploon, étiré en une bride qui serrait à sa base, d'un tour complet, un paquet formé par plusieurs anses de grêle. Les anses étranglées étaient seules distendues et l'anus contre nature aurait fatalement porté sur l'une d'elles. Mort dans les vingt-quatre heures.

Obs. XII. — Fille de dix ans, opérée à l'hôpital Trousseau en 1892, au huitième jour d'une occlusion aiguë. Bride dans la fosse illiaque droite, étranglant une anse de grêle. Mort en quelques heures dans le collapsus [1].

Obs. XIII. — Garçon de onze ans, opéré le 11 mai 1893, à la maison Dubois, au sixième jour d'une occlusion aiguë. Anse de grêle étranglée par une bride adhérente au sommet d'un diverticule de Meckel. Mort en quelques heures [2].

Obs. XIV. — Fille de huit ans, opérée le 8 janvier 1895, à l'hôpital Trousseau, au cinquième jour d'une occlusion aiguë. Bride située vers la fosse iliaque droite et étranglant une anse de grêle. Mort dans les douze heures.

Obs. XV. — Garçon de sept semaines, opéré à l'hôpital Trousseau, le 22 avril 1895 ; incision dans la fosse iliaque droite, où on sentait à la palpation une résistance anormale. Bride étranglant une anse de grêle. Mort en quelques heures.

Obs. XVI. — Femme de quatre-vingt-deux ans, qui avait été opérée avec succès par Quénu, en janvier 1896, d'une hernie crurale étranglée au septième jour de l'occlusion ; en l'absence de Quénu, j'ai été appelé le 10 septembre. Bride épiploïque coudant une anse de grêle. A partir de ce moment, la malade a rendu des gaz, mais malgré le lavement électrique, n'a pas abouti à la débâcle. Mort au troisième jour.

Si nous récapitulons toutes les observations que je viens de ré-

[1] Voy. *Bull. de la Soc. anat.*, 1893, p. 464.
[2] Voy. *Bull. de la Soc. anat.*, 1893, p. 462.

sumer, et qui constituent, je le répète, la *statistique intégrale* des occlusions intestinales que j'ai opérées, elles se résument en : 20 cas, 9 guérisons = 45 pour 100.

Je n'ai pas pratiqué une seule fois l'anus contre nature, et je viens de vous dire qu'une fois sur ces 20 cas j'ai eu tort, aussi bien cliniquement qu'opératoirement. Si je n'avais pas commis cette faute, je n'aurais laparotomisé que pour *occlusion aiguë*, et j'aurais eu 19 cas, 9 guérisons = 47.37 p. 100.

Mais cette statistique, en bloc, répond-elle à la manière dont la question a été posée par mes contradicteurs dans la discussion actuelle? Pas tout à fait. On a eu tendance, avec juste raison, à mettre hors du débat les variétés qui constituent un ensemble thérapeutique net et pour lesquelles, le diagnostic étant possible, le traitement dépend de ce diagnostic. C'est le cas, par exemple, pour l'invagination de l'enfant, où l'on agit en connaissance de cause et où il n'y a pas de divergences parmi nous.

Si j'ai bien compris Nélaton et Segond, ils m'ont accordé qu'alors la seule opération convenable était la laparotomie et c'est pour les autres occlusions aiguës — où le diagnostic, en général nul, est tout au plus soupçonné dans certaines circonstances rares — c'est pour les cas de ce genre qu'ils préfèrent l'anus systématique à la laparotomie systématique. Si j'envisage ainsi la série de mes malades, j'en trouve 15 (soit, sur les 20, défalcation faite des invaginations et de l'occlusion chronique) qui répondent au problème posé de la sorte. Or, ces 15 cas me donnent 8 succès, soit 53.33 ; ou si vous préférez 46.66 de mortalité ; alors que les relevés de Routier chiffrent par 48 0/0 la mortalité de l'anus contre nature, depuis la période antiseptique. Et le fait capital à mettre en relief est que, sur les 7 malades qui ont succombé, la cause des accidents était une hernie interne ou une bride qui étranglait l'intestin grêle et que j'ai coupée entre deux ligatures ; après quoi, les matières ont passé sous mes yeux dans le segment affaissé de l'intestin, si bien que pendant le pansement, l'anus de ma vieille femme de quatre-vingt-deux ans a victorieusement sonné la décharge. L'anus contre nature aurait fatalement porté sur l'intestin grêle, dans un cas même sur l'anse étranglée : et croyez-vous que cette faute opératoire, inévitable dans certains cas, ne doive pas entrer en ligne de compte pour infirmer la doctrine de Nélaton, de Segond? Dans les six cas où il eût été en bon lieu, l'obstacle laissé dans le ventre était de ceux qui aboutissent toujours au sphacèle de l'anse et à la péritonite par perforation : si bien qu'une fois l'anse était déjà sphacelée et perforée quand je suis intervenu.

Ma série, direz-vous, est un peu spéciale, en ce sens que je n'ai pas observé d'iléus paralytique et que cette variété est assez fré-

quente pour influer sur nos déterminations. Si j'avais ignoré ces faits, la fort remarquable communication de Lejars me les aurait enseignés : et elle m'a, en effet, appris sur eux des détails fort intéressants. Mais je connaissais l'occlusion paralytique; je connaissais même deux succès qu'y a fournis l'anus contre nature, car la dame aux figues de Verneuil et le conseiller municipal de Reclus sont parmi mes relations personnelles, de sorte que depuis plus de dix ans je sais qu'ils se portent à merveille.

Je conçois donc les réserves de Quénu et de Reclus, relativement à ce cas tout spécial, et je les aurais faites tout le premier si je n'avais la notion que dans la grande majorité des cas le diagnostic de la nature exacte des lésions est impossible. Sans doute, il y a des cas où l'atonie intestinale des vieillards commence par la constipation opiniâtre, et se termine par des accidents subaigus, ou même chroniques, d'occlusion proprement dite. C'est alors qu'on insiste sur le lavement électrique et qu'on a dans l'anus contre nature une ressource précieuse.

C'est à ces cas plutôt subaigus que se rapportent les observations de la dame aux figues et du conseiller municipal. Joignez-y, pour ce dernier, qu'il était presque octogénaire, qu'il avait — et qu'il a encore — un prolapsus rectal véritablement énorme; ajoutez que les deux malades ont été opérés en province, dans des conditions où l'on ne pouvait songer à faire de la chirurgie vraiment aseptique, à donner même convenablement un lavement électrique : et concluez que, de par l'histoire clinique aussi bien que de par l'organisation matérielle, j'aurais été le premier à pratiquer l'anus iliaque; c'est ce que je ferais si demain un cas semblable se présentait à moi.

Ce que j'ai dit et ce que je maintiens, le voici : c'est que les occlusions paralytiques peuvent revêtir la forme aiguë, et les cas de Legueu nous prouvent qu'alors la laparotomie peut être efficace. Analysez de près le fait et dites-moi si un de vous se déclare en mesure, en pareille occurrence, de savoir si la persistance des accidents est due à de la paralysie intestinale, à un pincement latéral dans la profondeur, à la déchirure circulaire du collet, etc. Cliniquement, mon observation VIII est superposable à celle-ci, et si j'avais pratiqué l'anus contre nature, ma malade aurait sûrement succombé au lieu de guérir. Celle de M. Legueu aurait guéri, je l'accorde, mais elle n'a rien perdu au change : ainsi tombe, disais-je, un des derniers arguments des partisans de l'anus contre nature, et je n'espérais pas qu'une série aussi importante que celle de Lejars vînt confirmer tout de suite mon assertion.

Cette série, aussi bien que la mienne, montre que la laparotomie n'est pas aussi meurtrière par elle-même qu'on a bien voulu le

dire. Opérez vite, que tout soit terminé, pansement compris, en moins d'une demi-heure, et les malades n'en seront pas beaucoup plus choqués que de l'anus contre nature.

La grosse question, c'est d'avoir certaines conditions matérielles, d'opérer avec de bons aides, dans une salle bien éclairée et bien chauffée, avec toutes les ressources de l'asepsie et de l'antisepsie. Chez la malade dont a parlé Segond à la dernière séance, dans une chambre d'hôtel, avec un ventre énorme et un pouls fuyant, je comprends qu'on préfère l'anus contre nature. Et encore la malade de mon observation VII a-t-elle été opérée d'urgence, dans sa salle à manger; celle-là a guéri. C'est dans une maisonnette des environs de Paris qu'était ma malade n° XVI, et le décès a eu lieu le troisième jour, sans collapsus, sans aucun symptôme de péritonite. Dans un cas comme dans l'autre, l'opération n'a pas duré une demi-heure.

La vérité, c'est qu'en présence d'une occlusion aiguë, il ne faut pas perdre plus de vingt-quatre heures au traitement médical. Presque tous les malades que j'ai opérés, tous ceux qui sont morts, ont été opérés trop tard : ne concluez pas que la laparotomie est dangereuse parce qu'elle laisse mourir des sujets empoisonnés par cinq à huit jours d'occlusion.

M. Peyrot. — Une occlusion chronique présentant des manifestations anciennes de gêne de la circulation fécale et donnant tout d'un coup naissance à des accidents aigus ne doit pas être confondue avec la véritable occlusion aiguë. Dans ces cas-là la lenteur d'évolution des accidents, la possibilité fréquente de reconnaître par la palpation la cause de l'occlusion rendent le diagnostic relativement facile.

Si on fait alors une laparotomie, on commet une faute, car le diagnostic doit être fait en pareille condition et le traitement de choix, c'est-à-dire l'anus contre nature établi.

Mais à côté de ces cas d'occlusion chronique à marche chronique subissant accidentellement une poussée aiguë à la suite de phénomènes qui ne laissent aucun doute sur la chronicité de l'affection causale — il est des cas d'occlusion due à des tumeurs, à des rétrécissements néoplasiques qui restent latents jusqu'au jour où ils se révèlent par des accidents aigus. Ces cas-là doivent être traités par la laparotomie.

M. Kirmisson. — J'ai pris la parole au début de cette discussion pour protester contre l'assertion trop absolue selon moi, émise par M. Broca dans son rapport, à savoir que la laparotomie serait la méthode générale de traitement applicable à tous les cas d'occlusion intestinale. J'ai vu avec plaisir que la majorité de mes collè-

gues partagent ma manière de voir et pensent que chacune des deux méthodes, laparotomie et anus artificiel, peut avoir ses indications. M. Broca lui-même reconnaît que, dans une de ses observations du moins, il aurait mieux fait de donner la préférence à l'anus artificiel sur la laparotomie.

Mais si je rentre aujourd'hui dans le débat, ce n'est pas uniquement pour rappeler ces faits. Je désire apporter une rectification à une assertion émise dans la dernière séance par mon ami, M. Peyrot, et renouvelée à l'instant même par M. Broca.

D'après nos deux collègues, on pourrait diviser tous les cas d'occlusion intestinale en deux grands groupes ; les cas aigus auxquels conviendrait la laparotomie, et les cas chroniques justiciables de l'anus artificiel.

La forme est simple et commode ; mais elle ne me paraît pas rigoureusement exacte. Il est des faits d'occlusion à marche aiguë, éclatant tout d'un coup chez des malades jusque-là bien portants en apparence, et qui cependant sont justiciables de l'anus artificiel. De ce nombre sont certains cas d'occlusion par cancer de l'intestin. Je le répète, l'occlusion revêt la forme aiguë ; le malade pouvait passer jusque-là pour être en bonne santé, et cependant quand on interroge minutieusement les antécédents, on apprend qu'il y a eu quelques douleurs, quelques alternatives de diarrhée et de constipation, parfois même quelques filets de sang dans les garde-robes, bref on arrive au diagnostic d'occlusion intestinale par cancer. Ici l'anus artificiel est préférable à la laparotomie, malgré la marche aiguë des accidents.

M. Broca. — Je répondrai à M. Kirmisson que je n'ai jamais posé la formule simpliste : occlusion chronique — anus contre nature. J'ai dit : l'occlusion chronique permet en général un diagnostic, et cela fait on agit en conséquence, l'opération devant, il est vrai, être habituellement un anus contre nature. Quant aux cas à passé intestinal ancien auxquels vient de faire allusion M. Kirmisson, même quand ils se terminent par un épisode aigu, il m'est impossible de les appeler aigus. J'appelle chronique, avec Littré, ce qui dure longtemps ; j'appelle aigu ce qui commence brusquement chez un malade jusque-là intact.

Lectures.

M. Doyen fait une lecture d'un travail intitulé : *Castration abdominale utéro-annexielle.*

Renvoyé à une commission (M. Ricard, rapporteur).

M. Vitrac fait une lecture d'un travail intitulé : *Luxation du pouce en arrière.*

Renvoyé à une commission (M. Gérard Marchant, rapporteur).

Présentation de pièces.

Cancer du rein enlevé par la voie transpéritonéale.

M. Bazy. — J'ai l'honneur de vous présenter cette pièce qui est un cancer du rein que j'ai enlevé il y a aujourd'hui six jours, c'est-à-dire le 3 novembre dernier, par la voie transpéritonéale que je considère dans ces cas comme la voie la plus simple et la plus sûre, permettant d'enlever, *sans aucune déchirure,* des tumeurs même volumineuses et évitant ainsi les greffes cancéreuses qui doivent être, dans un assez grand nombre de cas, une cause de récidive.

Je l'ai enlevée à une dame âgée de 58 ans, souffrant depuis longtemps de troubles qu'on avait cru devoir rattacher à une ptose généralisée des viscères abdominaux.

Plusieurs médecins avaient constaté chez elle l'existence d'un rein mobile, et moi-même l'avais reconnu, quand je fus appelé à la voir avec le professeur Hayem au mois de juin dernier, à l'occasion d'une hématurie assez abondante qu'elle avait eue, une nuit, sans cause appréciable. Cette hémorrhagie avait été très abondante.

L'examen cystoscopique avait été négatif, et le rein ne présentait à ce moment aucune irrégularité.

Je fus appelé de nouveau auprès d'elle il y a trois semaines environ par son médecin, le Dr Elie Boulay, qui avait trouvé des inégalités sur le rein et avait diagnostiqué un cancer du rein.

C'est aussi le diagnostic que j'ai fait. Nous décidâmes l'intervention.

Celle-ci consista en une incision de 18 à 20 centimètres environ qui traversa une épaisse couche de graisse, et sectionna la gaine antérieure du muscle droit, à 1 centimètre 1/2 environ de son bord externe qui fut recherché, récliné en dedans, de manière à ouvrir la paroi postérieure de la gaine à 1 centimètre 1/2 environ de ce même bord, me comportant en un mot comme Jalaguier l'a conseillé pour l'incision de l'appendicite afin d'éviter l'éventration.

Le péritoine pré-rénal fut ouvert en dehors du colon ascendant qui fut rejeté en dedans. La séparation du rein d'avec les parties

voisines fut assez facile, sans intéresser la capsule fibreuse qui était intacte.

L'uretère fut saisi avec une pince, puis lié avec du catgut n° 4 et cautérisé, puis les vaisseaux du rein furent saisis et liés avec un catgut du même numéro.

Quelques vaisseaux donnaient dans le fond de la poche, ils furent saisis, comprimés et tordus.

Afin de tarir un léger suintement sanguin, je mis une mèche de gaze stérilisée faisant une légère compression. L'inspection et la palpation de la région ne permit de découvrir aucun ganglion.

La paroi fut suturée par trois points de suture, suivant le procédé de Jalaguier. La réunion était complète sauf sur une étendue de 1 centimètre pour laisser passer la mèche.

Aujourd'hui le malade, qui a été apyrétique depuis l'opération, va aussi bien que possible.

Discussion.

M. Peyrot. — C'est une vieille discussion entre M. Bazy et moi. Il préfère la voie transpéritonéale à la voie lombaire pour enlever les tumeurs du rein et je ne saurais souscrire à sa manière de voir.

La voie transpéritonéale expose à l'infection, j'ai souvenir d'avoir opéré par cette voie une dame qui présentait une tumeur du rein infectée, la tumeur bombait dans le ventre et je choisis la voie transpéritonéale ; je fus obligé de détacher de nombreuses adhérences, je rompis des poches purulentes. Il y eut infection péritonéale. Si j'avais fait une large incision lombaire j'aurais drainé cette brèche et j'aurais peut-être sauvé ma malade.

J'ai au contraire suivi la voie lombaire pour enlever une énorme tumeur du rein que nous avons opérée il y a deux ans avec M. Robert, au Val-de-Grâce. Il s'agissait d'un capitaine qui avait une énorme tumeur du rein infectée. Nous l'avons morcelée par la voie lombaire et un bon drainage a évité toute infection.

M. Reynier. — Je partage l'opinion de M. Peyrot, j'ai opéré cette année 4 cas de grosses tumeurs du rein par la voie lombaire avec succès. Lorsqu'on emploie la voie transpéritonéale, le bout supérieur de l'uretère peut devenir le point de départ d'accidents septiques.

M. Bazy. — Je considère comme très important d'éviter dans les cas de tumeur, l'ouverture de la capsule limitante de cette tumeur, afin d'éviter ce que, faute d'un mot plus approprié, j'appelle l'infection de la plaie opératoire par des parcelles cancéreuses,

la greffe de parcelles cancéreuses : il ne faut pas confondre cette infection par des éléments anatomiques avec l'infection par des micro-organismes. Dans le cas de tumeur c'est la voie antérieure seule, qui permet, combinée ou non avec la voie latérale ou latéro-postérieure, d'atteindre au résultat que je vise.

Quand le rein est infecté par des micro-organismes, la voie lombaire est préférable, mais ce n'est pas le cas des tumeurs.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

NÉLATON.

Séance du 17 novembre 1897.

Présidence de M. DELENS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et les publications périodiques de la semaine.

Présentation d'appareil.

Attelles articulées pour l'extension continue en cas de fractures.

M. MARC SÉE. — Je désire appeler un instant votre attention sur un nouveau système de tractions ou d'extension continue et élastique applicable aux fractures avec chevauchement et raccourcissement, aux luxations, en particulier aux luxations congénitales du fémur, à certaines ankyloses angulaires du genou, etc., système extrêmement simple, facile à improviser partout et qui me paraît présenter une foule d'avantages.

Ce nouveau système repose essentiellement sur le fait suivant : quand l'angle formé par deux lignes droites de longueur détermi-

née s'ouvre ou s'agrandit, les extrémités libres de ces lignes s'éloignent l'une de l'autre à mesure que la direction des lignes s'approche de la ligne droite.

Au lieu de deux lignes, mettez deux attelles rigides unies bout à bout par une charnière, et supposez que par son extrémité libre l'une d'elles prenne appui sur le bassin, l'autre sur le pied, il est évident que toute pression agrandissant l'angle qui répond à la charnière se traduira par des poussées ou tractions en sens inverse exercées par les attelles sur les extrémités du membre et tendant à l'allonger.

Placez deux attelles articulées semblables, l'une au côté externe, l'autre au côté interne du membre, et entourez-les, au niveau des charnières ou dans leur voisinage, d'un lien élastique de préférence, d'un tube de caoutchouc, par exemple, et vous aurez appliqué un appareil à traction continue et élastique, dont vous pourrez graduer la force avec une facilité merveilleuse, soit en augmentant ou diminuant la tension du tube, soit en multipliant plus ou moins le nombre des tours.

Cet appareil, très léger, a l'immense avantage de laisser le malade indépendant dans son lit et libre de ses mouvements ; il permet de donner au membre fracturé la direction la plus favorable à une coaptation parfaite ; il laisse le siège de la lésion à découvert, rend aisés le pansement des plaies, la correction des déplacements survenus dans une fracture, les soins de propreté, etc.

Diversement modifié suivant les besoins, le système *des tractions élastiques* par l'intermédiaire des *attelles articulées* me paraît susceptible de nombreuses applications que vous entrevoyez tous bien certainement et que je crois inutile d'énumérer. Un appareil provisoire de ce genre, dû à l'obligeance de M. Collin, est mis sous vos yeux. Je serais heureux qu'un de vous pût en faire l'essai sur un malade.

Discussion.

M. Nélaton. — L'appareil que nous présente M. Sée me paraît devoir prendre son point d'appui sur le bassin et je crains que ce point d'appui ne devienne rapidement intolérable.

M. Felizet. — Je voudrais savoir si l'appareil de M. Sée est applicable à d'autres fractures qu'aux fractures de cuisse. Est-il applicable au bras, par exemple ?

M. Sée. — Je n'ai pas encore appliqué cet appareil, mais je crois qu'il s'appliquerait aussi bien au bras qu'à la cuisse.

M. Th. Anger. — Je ferai la même objection que M. Nélaton à

l'appareil que nous présente M. Sée. Avec un semblable appareil, vous avez une pression limitée sur le point d'appui et elle devient rapidement insupportable.

M. Sée. — Cette pression n'est point limitée, ainsi que le pensent mes collègues, et le point d'appui est pris sur tout le bassin.

Discussion sur les abcès sous-phréniques.

M. P. Michaux. — J'ai eu l'occasion d'observer tout récemment un cas très intéressant d'abcès sous-phrénique dont voici l'observation chirurgicale dans ses traits principaux :

Un homme, d'une quarantaine d'années environ, est envoyé dans mon service par notre distingué collègue, M. Gilbert, avec le diagnostic d'abcès sous-phrénique droit. L'état général est grave, les deux membres inférieurs sont œdématiés ainsi que les bourses, la verge et la partie inférieure des parois abdominales ; les urines rares, chargées, albumineuses, la figure amaigrie, pâle ; la température aux environs de 39°, le pouls fréquent.

Ce malade a présenté, il y a quelques jours, des phénomènes thoraciques très accentués ; il a été pris brusquement d'une douleur vive, de dyspnée très accusée ; l'interne de garde crut à un pneumothorax. Actuellement, il y a de la matité à la base du poumon en avant et en arrière, absence du murmure vésiculaire, quelques frottements.

Aucun antécédent gastrique appréciable ; pas de douleur fixe au creux épigastrique, seulement de la sensibilité de tout l'hypochondre droit manifestement voussuré.

Un interrogatoire attentif révélant quelques petits phénomènes hépatiques, douleurs, subictère, m'avait fait penser que cet empyème sous-phrénique était plutôt lié à quelque hépatite, plutôt qu'à une affection gastrique ulcéreuse ou duodénale.

L'opération est décidée. Incision verticale sur la ligne mamelonnaire au niveau du milieu du rebord costal. Nous pénétrons par là dans un foyer d'où s'échappent en assez grande abondance des gaz fétides ; en agrandissant notre incision nous voyons une quantité de pus que nous évaluons à un verre et demi ou deux verres. Une longue pince introduite dans le foyer remonte sans rencontrer d'obstacle jusqu'au niveau de la troisième côte ; Il est difficile de savoir si on est dans la plèvre ou dans le péritoine ; de deux coups de ciseau, je fends la paroi abdominale parallèlement et le long du bord des côtes, je ne vois pas de diaphragme ; la cavité nettoyée, la main est introduite jusque dans la cavité thoracique, c'est bien le diaphragme qui semble refoulé jusqu'à la troisième côte dans toute l'étendue de sa moitié droite ; avec l'aide du costotome, je fais sur la paroi externe du gril costal une double

incision : une antérieure, en dedans du mamelon ; une postérieure, en dehors de l'angle de l'omoplate. Je sectionne trois côtes, et en relevant ce vaste lambeau, j'ai toute la cavité sous les yeux — le diaphragme est accolé à la paroi thoracique, et il n'y a aucune ouverture de la plèvre. — Dans cette immense cavité, un gros foie recouvert de fausses membranes, semble fluctuant par places. Je le ponctionne vainement en quinze ou vingt points différents avec le thermocautère ; il ne sort point de pus. Nous pratiquons une petite excision pour un examen histologique, le tissu superficiel excisé semble très dégénéré. Sous le microscope, les altérations sont bien moindres. Pansement iodoformé.

Les jours suivants, amélioration énorme, le foie et la cavité semblent se rétracter à vue d'œil, les jambes se dégonflent, le malade reprend appétit ; au quinzième jour, je le crois sauvé ; pendant huit jours encore, l'amélioration se maintient, mais les jambes enflent de nouveau ; une diarrhée incoercible s'établit en dépit de tous nos efforts et emporte le malade un mois après son opération, alors que nous comptions sur un succès complet et définitif. L'autopsie nous montre, en effet, le foie revenu à un volume normal, la cavité purulente très propre, tout à fait rétractée, le lambeau costal presque soudé, mais chose tout à fait inattendue, toute la cavité péritonéale est le siège d'une péritonite tuberculeuse sèche, tous les viscères sont adhérents ; il n'y a plus de cavité péritonéale, partout des granulations tuberculeuses énormes, comme de petites lentilles.

Ce fait, en somme, m'a paru intéressant, tant en raison de son origine que de ses caractères propres, de son aspect clinique de pneumothorax, des dimensions énormes de la cavité, du refoulement du diaphragme, du bon résultat momentané de l'intervention, enfin du rattachement de cet empyème à une variété de péritonite tuberculeuse enkystée sus-hépatique.

M. Routier. — Ayant en l'occasion de voir deux cas d'abcès sous-phréniques, qui m'ont frappé et par la difficulté d'expliquer leur origine et par leur mode de terminaison analogues, je crois intéressant de les rapporter ici. Le premier cas date de longtemps, je l'ai observé à l'hôpital Laennec.

M. le Dr Ferrand me pria de voir un de ses malades qui portait deux fistules dans la région inférieure droite du thorax, fistules qui dataient déjà de quelque temps et qui avaient succédé à un gros abcès venu, disait le malade, à la suite de troubles hépatiques déjà anciens.

Ces deux fistules ressemblaient beaucoup à des fistules confluentes ; de plus, le stylet qui s'enfonçait assez loin, parallèlement à la paroi, rencontrait des parties dures ressemblant cependant plus à des concrétions pierreuses qu'à de l'os.

Je fus amené, pour guérir ces fistules, à pratiquer, non seulement de larges débridements, mais une résection partielle de la paroi thoracique. A ce niveau, il existait une énorme cavité limitée par le dia-

phragme en haut, la surface convexe du foie en bas et la paroi thoracique en dehors.

La surface du foie était parsemée de concrétions cutanées qui donnaient au stylet explorateur les sensations rugueuses dont j'ai parlé.

Il y a trois ans, j'ai vu cette fois évoluer l'abcès, il s'agissait d'un malade dont le diagnostic était très hésitant : on avait successivement pensé à de la pleurésie diaphragmatique, à des lésions hépatiques.

Quand je l'examinai, il avait une rougeur de la partie inférieure du thorax qui était très visible ; je pratiquai une incision qui donna issue à une grande quantité de pus; mais cette incision resta fistuleuse, et après deux mois, je me trouvais en face d'un malade ressemblant à celui dont je viens de vous parler.

Je me comportai de même, mais cette fois, dès ma première intervention, je pratiquai la résection d'une partie importante du squelette thoracique correspondant à la cavité. Celle-ci était aussi fort grande, une main tout entière y entrait; elle était aussi limitée en haut par le diaphragme, en bas par le foie dont toute la surface cancéreuse était à nu.

La résection du gril costal correspondant a, dans les deux fois, réussi, la rigidité de la paroi avait deux fois entretenu l'existence de la fistule dans mon premier cas et provoqué la formation d'une fistule dans le second.

M. Berger. — J'ai observé un abcès sous-phrénique développé 14 jours après une appendicite. Cet abcès était situé à la face supérieure du foie et remontait très haut. J'ai pu l'ouvrir et l'amener à guérison sans résection costale.

M. Potherat. — J'ai opéré, il y a un peu plus d'un an, un homme de quarante-sept ans qui avait été, cinq ans auparavant envoyé à Vichy pour des troubles hépatiques d'ailleurs mal caractérisés.

Au cours de son traitement à Vichy, il vit apparaître une tuméfaction volumineuse de l'hypochondre droit, qui fut qualifiée abcès du foie, et incisé très simplement en avant. L'incision avait donné issue à une quantité considérable de pus phlegmoneux, mais non *rouge*. Cette évacuation amena beaucoup de soulagement, mais l'ouverture était restée fistuleuse. La fistule se fermait de temps à autre, la fièvre s'allumait, de la tension se faisait dans le flanc droit, puis spontanément il se faisait une abondante issue de pus, suivie de soulagement. Un stylet introduit pénétrait très profondément en haut et en arrière.

Je fis l'opération suivante : longue incision oblique de la paroi abdominale, parallèlement au rebord costal, section complète du grand droit. Je pénètre dans une vaste cavité située entre le foie indemne, mais dont la capsule de Glisson était très épaissie, et le diaphragme refoulé. Je n'ai trouvé aucun point osseux malade; mais j'ignore encore quelle fut

l'origine de cet abcès sous-phrénique bien net. Je laissai mon incision abdominale largement ouverte. J'eus rapidement un affaissement considérable du thorax; mais aujourd'hui, au bout de plus d'un an, les côtes se touchent, et il persiste encore une fistule profonde de cinq centimètres, et je crains bien que la guérison ne puisse être définitivement obtenue sans résection costale.

Ce cas est à rapprocher, point par point, avec le premier des deux que vient de nous rapporter M. Routier; il est en outre de nature à renforcer cette opinion que la guérison des abcès sous-phréniques très étendus est plus facilement ou tout au moins plus rapidement obtenue avec une résection costale.

Communications.

II. — *Note sur un cas d'appendicite à rechutes étudié au point de vue pathogénique.*

Par MM. HENRI HARTMANN et RENÉ MIGNOT.

Bien qu'une importante discussion ait eu lieu l'an dernier à la Société de Chirurgie sur la pathogénie de l'appendicite, il nous semble intéressant de vous présenter l'observation d'un malade chez lequel nous avons étudié avec soin les lésions; les constatations que nous avons faites, établissant, tout au moins pour ce cas, l'exactitude de la théorie, si ardemment défendue par le professeur Dieulafoy, de l'exaltation de la virulence du bacterium coli en vase clos.

A. F..., 16 ans, entre le 11 avril 1897 à l'hôpital Bichat, dans le service de notre maître, le professeur Terrier. Ce malade a déjà fait un premier séjour dans le service, en janvier dernier, pour un abcès d'origine appendiculaire qui s'est rapidement guéri à la suite d'une incision iliaque. Depuis sa sortie de l'hôpital, il allait bien, n'éprouvant que quelques coliques de temps à autre; les selles étaient régulières.

Le 8 avril, il fut pris subitement d'une douleur violente dans l'abdomen au cours d'une promenade à la campagne. La douleur fut telle qu'elle l'obligea à rentrer immédiatement et à se mettre au lit avec des vomissements répétés.

A son entrée, le 11 avril, le ventre ne présente rien de particulier; il est partout sonore; la cicatrice de la première opération est régulière et ne présente rien de particulier.

Les accidents douloureux ont cessé. Ils reprennent le 13 et le 14, s'accompagnant de vomissements et d'une élévation de la température vespérale à 38°,4, 38°,2.

Opération. — Le 16 avril nous faisons la *résection de l'appendice.* Le chloroforme est donné par M. Fredet, interne du service; nous sommes aidés par MM. Guinard et Boureau.— Incision parallèle au bord externe du muscle droit et un peu en dehors de lui. A l'ouverture de l'abdomen nous trouvons quelques adhérences péricœcales faciles à détacher. L'appendice est replié de telle façon que sa partie terminale vient se placer en dehors du cœcum. Les deux tiers terminaux sont fusionnés avec une masse épiploique. Pincement, section et ligature de cet épiploon. Ligature du méso-appendice et de l'appendice à sa base. Cautérisation de la muqueuse du moignon. Enfouissement de celui-ci par quatre points de soie fine, dans l'épaisseur de la paroi cœcale. Réunion totale de la plaie à deux étages, soies et crins. Drainage.

Le pansement est refait le 23 pour enlever les crins cutanés et le drain. La guérison a lieu sans incident et le malade quitte l'hôpital le 12 mai.

Examen de la pièce: 1° *Étude microscopique.* — L'appendice, replié sur lui-même, a son fond perforé dans une étendue minuscule en rapport avec un petit abcès gros comme un grain de chènevis intermédiaire à l'appendice et à l'épiploon qui adhère aux deux tiers terminaux de l'organe. Il est oblitéré au niveau de l'union de son premier tiers avec les deux autres sur une longueur de 4 à 5 millimètres et présente en cet endroit l'aspect d'un cordon fibreux au contact duquel se trouve la trace de l'abcès antérieur. Toute la partie sus-jacente à l'oblitération est libre d'adhérences.

2° *Étude microscopique.* — Trois séries de coupes ont été faites.

a) *Coupes portant au-dessus de la partie oblitérée.* — Elles sont remarquables par ce fait qu'elles ne présentent de lésion que de la muqueuse et de la couche sous-muqueuse alors que les autres tuniques sont absolument saines.

L'épithélium est sain, les glandes en tubes nombreuses ne paraissent pas malades, mais les tissus qui les séparent les unes des autres sont infiltrés de leucocytes. Les follicules lymphatiques hypertrophiés sont entourés d'une gangue de cellules rondes assez épaisse. La trame interstitielle réticulée de ces follicules ainsi que leurs vaisseaux se distinguent nettement. Par suite de leur augmentation de volume, ils ont repoussé en dehors les parties profondes des glandes en tubes, ce qui donne à ces dernières une obliquité normale.

Les couches musculaires et la couche péritonéale sont absolument saines.

b) *Coupes portant au-dessous de la portion oblitérée.* — L'épithélium de la muqueuse et celui des glandes est sain, mais ces glandes sont atrophiées, courtes et dilatées légèrement dans leur partie profonde, ce qui leur donne la forme d'une massue. Le tissu, qui les sépare, est légèrement infiltré de leucocytes, beaucoup moins cependant qu'il ne l'était dans la partie de l'appendice sus-jacente à l'oblitération ; mais, au contraire, il est beaucoup plus scléreux. Les follicules lymphatiques, de volume à peu près normal, sont très altérés. Leur trame intersti-

tielle ne se distingue plus, et ils ne présentent pas cette gangue périphérique de leucocytes signalée plus haut dans la partie supérieure de l'appendice.

La sclérose et l'épaississement de la couche sous-muqueuse sont considérables; les veines et les artères, nombreuses et dilatées, présentent des parois épaisses. Les fibres musculaires de la tunique moyenne sont grêles et séparées par des bandes scléreuses.

La couche sous-péritonéale est considérablement épaissie; les vaisseaux y sont également nombreux et volumineux. On y remarque, de plus, des amas de leucocytes disséminés un peu partout.

L'épiploon, qui est adhérent partout, est épaissi, scléreux et des amas de leucocytès s'y rencontrent aussi très fréquemment.

c) *Coupes portant sur la partie oblitérée.* — L'appendice est réduit à un petit cordon fibreux dont le diamètre ne dépasse pas l'épaisseur de la paroi appendiculaire au-dessus et au-dessous de l'oblitération. Ce petit cordon est essentiellement constitué par des fibres concentriques d'un tissu fibreux très serré. Au centre, sur une étendue très restreinte, on trouve du tissu fibreux plus lâche et une légère infiltration embryonnaire qui devient d'autant plus marquée qu'on s'approche davantage du centre; mais en aucun point on ne remarque d'espace vide, aucune trace enfin du canal appendiculaire.

Les vaisseaux sont très volumineux et leurs parois sont scléreuses.

En dehors du petit cordon fibreux, on retrouve l'épiploon adhérent présentant des lésions semblables à celles qu'il offrait au niveau de la partie oblitérée et contenant au contact même de l'appendice un petit abcès rempli de cellules lympathiques dégénérées granuleuses et pour la plupart ne se colorant plus.

3° *Étude bactériologique et expérimentation.* — Le vase clos, constitué par la partie terminale de l'appendice, renferme un mucus épais, visqueux, légèrement trouble qui ne contient à l'examen sur lamelles que des bacilles ayant toutes les réactions du bacterium coli.

Des cultures ont été faites: α avec le mucus de la portion non oblitérée; β avec le mucus de la portion oblitérée.

α Les premières, faites sur gélose avec le mucus de la partie non oblitérée, ont donné, après vingt-quatre heures, des colonies nombreuses de bacterium coli (plus tard d'autres colonies microbiennes se sont développées).

Une de ces colonies de bacterium coli, prise à la vingt-quatrième heure de son développement, a été ensemencée sur bouillon. Le 19 avril, deux jours après l'ensemencement sur bouillon, 15 gouttes de ce bouillon sont inoculées sous la peau du flanc d'un cobaye et ne déterminent aucun accident. Le 21 avril, 20 gouttes de la même culture, alors vieille de quatre jours, sont injectées à un deuxième cobaye, de même sans aucun résultat.

β Les cultures, faites sur gélose avec le contenu du vase clos terminal, ont donné au bout de vingt-quatre heures, un certain nombre de colonies de bacterium coli (plus tard il ne s'est pas développé d'autres microbes). Une de ces colonies, prise à la vingt-quatrième heure de

son développement, a été ensemencée sur bouillon ; 11 gouttes de ce bouillon sont inoculées sous la peau du flanc d'un cobaye. Le lendemain, nous constatons un œdème considérable de la région ; les jours suivants, l'animal maigrit, mais il finit par se rétablir. Le 21 avril, 20 gouttes de la même culture, alors vieille de quatre jours, sont inoculées à un deuxième cobaye. Celui-ci meurt en trente-six heures, avec un énorme phlegmon de la paroi et un peu de pus dans les séreuses (péricarde, plèvres et péritoine).

Si nous résumons en deux mots cette observation, nous voyons qu'il s'agit *d'un appendice complètement oblitéré* et présentant une perforation minuscule à son sommet avec un abcès au début. Le point intéressant est que l'expérimentation nous a montré, ce que l'on n'avait pas recherché jusqu'ici, une *exaltation de la virulence du bacterium coli dans le vase clos constitué par la partie terminale de cet appendice.* Ce fait n'est, en somme, que la confirmation au niveau de l'appendice de ce que l'un de nous avait déjà constaté pour ce microbe au niveau des voies biliaires[1].

II. — *Sur un cas de cholédocotomie.*

Par M. LEJARS.

J'ai eu l'honneur de vous présenter, en février 1896, une malade de soixante-deux ans, à qui j'avais pratiqué la cholédocotomie, pour extraire un gros calcul du cholédoque ; depuis 2 ans, mon opérée est restée indemne de tout nouvel accident hépatique.

Il s'agit d'une femme de 52 ans, cette fois, qui aurait eu, à 38 ans, une première crise de colique hépatique, accompagnée de vomissements et de décoloration des selles ; une autre crise, moins intense, survint à 45 ans, et trois autres la suivirent, à intervalles plus rapprochés ; dès lors, la région hépatique restait toujours le siège d'une sourde douleur. En janvier 1897, nouvel accès ; enfin, quand la malade se fit transporter à l'hôpital Beaujon, le 26 août dernier, elle souffrait, de nouveau, depuis un mois, et plus violemment que jamais ; les selles étaient, depuis cette dernière date, entièrement décolorées, l'ictère était généralisé, de teinte foncée, et l'état général des plus alarmants. Très amaigrie, ne mangeant plus, vomissant chaque jour, tourmentée par

[1] Nous faisons ici allusion à une malade porteuse de calculs biliaires et à laquelle notre maître le professeur Terrier avait pratiqué la cholécystostomie. La virulence de la bile, qui avait disparu à la suite de la fistulisation de la vésicule, reparut après une tentative d'occlusion de la fistule. Dans ce cas, véritable expérience de laboratoire, on voyait la virulence du *bacterium coli* diminuer ou augmenter suivant que l'écoulement de la bile se faisait librement ou non (MIGNOT, *Recherches expérimentales et anatomiques sur les cholécystites*, Paris, 1896).

l'insomnie et les démangeaisons, la malade, malgré les antécédents que nous venons de résumer, éveillait tout de suite le soupçon du cancer. Le palper, très douloureux, ne permettait de sentir, dans le flanc droit, qu'une masse sous-hépatique diffuse, dont il était difficile d'apprécier la nature et le siège.

Le 2 septembre, je fis la laparotomie latérale ; je découvris tout de suite une vésicule affaissée, ratatinée, très adhérente à l'angle du côlon ; en suivant le canal cystique, il me fut impossible de pénétrer dans l'hiatus de Winslow, fermé par de solides adhérences, mais le long du bord droit de l'épiploon gastro-hépatique, je sentis une série de bosselures arrondies, qui me donnèrent l'impression de calculs enclavés dans le canal cholédoque. L'une d'elles, beaucoup plus grosse, occupait la partie moyenne du canal ; elle me servit de repère, pour mettre à nu peu à peu, à la sonde cannelée, la paroi du cholédoque, qui m'apparut jaunâtre, au fond de la plaie, et que j'incisai directement sur le relief arrondi qui me guidait. L'incision fut d'environ un centimètre et demi : elle me permit d'extraire sans trop de peine, en le faisant basculer de haut en bas, un calcul à facettes jaunâtres que je vous présente ; au-dessous de lui, six autres calculs, plus petits, furent extraits à leur tour. Dès lors, la bile commença à fluer librement par le bout supérieur, et une sonde cannelée, introduite dans le bout inférieur, pénétra à une profondeur suffisante pour démontrer qu'il n'y avait plus d'obstacle. Les compresses aseptiques qui limitaient le champ opératoire reçurent la bile, qui fut, du reste, détergée aux tampons. Je fermai alors l'ouverture du cholédoque par quatre points séparés, au catgut fin, passés à la Lembert, puis je laissai au contact du canal un drain de caoutchouc, entouré de gaze iodoformée. Réunion de la paroi abdominale.

Le 4, on renouvela le drain ; il y avait très peu de bile dans le pansement. Le 5, on constate que la teinte jaune de la peau a nettement pâli ; le 7 survient une première selle colorée. Dès lors, l'ictère s'atténue de plus en plus, et l'état général s'améliore. Le trajet laissé par le drain fournit à peine quelques gouttes de bile ; à la fin du mois, il est entièrement fermé, l'appétit a repris, les forces reviennent. Le 22 octobre, la malade quittait le service, ne conservant plus trace d'ictère, et depuis lors, très bien portante, elle n'a cessé de reprendre de la mine et de l'embonpoint.

Ce fait vient encore à l'appui des excellents résultats que nous pouvons attendre de la cholédocotomie, et j'ajouterai de la cholédocotomie, en un temps suivi dans la mesure du possible, de la réunion du canal. Combinée à un bon drainage, cette cholédocorraphie complémentaire ne me semble pas, en général, présenter de danger, et, d'autre part, elle est susceptible de réduire au minimum, comme chez notre malade, la durée et l'abondance de l'écoulement biliaire consécutif.

Discussion.

M. Tuffier. — On fit passer dans mon service une femme dans

un état grave. Elle présentait de l'ictère chronique et avait 40° de température.

Son état général était tellement mauvais que je ne voulus pas faire autre chose qu'une cholécystotomie. Le cholédoque était bourré de calculs, j'ouvris la vésicule et drainai. — La malade rendit bientôt 33 calculs volumineux et, quelques mois après, lorsque je me fus assuré qu'elle avait vidé complètement ses voies biliaires, je fis la cholécystoentérostomie. Aujourd'hui la malade est complètement rétablie.

M. Schwartz. — J'ai opéré avec l'aide de M. Michaux une femme atteinte de rétention biliaire et d'ictère chronique. Son dépérissement était extrême, son état général grave. Je trouvai une vésicule biliaire et un cholédoque obstrués par de gros calculs. Je fis la taille du cholédoque, le vidai, ainsi que la vésicule et fis la suture de mon incision, puis j'enlevai la vésicule. La plaie fut drainée, le drainage fut enlevé au bout de 8 jours et la malade guérit sans encombre.

Routier. — J'ai déjà rapporté ici un cas dans lequel, plus heureux que mes collègues, j'avais pu, au lieu de fendre le canal cholédoque, faire glisser le calcul qui l'obstruait de ce canal cholédoque dans la vésicule déjà vidée et ouverte.

Il y a huit jours, j'ai opéré une jeune femme qui, à deux reprises, avait eu des crises de coliques hépatiques avec ictères et fièvre.

Vers les premiers jours d'octobre, elle m'avait même été adressée comme atteinte de péritonite : je l'examinai, rejettai ce diagnostic, et après avoir localisé l'affection du côté du foie, quand tout fut apaisé, je proposai une intervention qui fut repoussée.

Mais il s'est produit une autre crise aussi douloureuse et aussi grave que la première, et la malade est venue elle-même réclamer l'opération.

J'ai eu toutes les peines du monde à trouver la vésicule très rétractée sur les petits calculs à facettes. La vésicule très adhérente à la paroi était entourée par un gros paquet d'épiploon.

La vésicule ouverte et vidée, j'ai, en m'aidant de tractions sur elle, cherché à suivre le canal cholédoque. J'ai senti fort loin un noyau dans le cordon tendu par la traction de la vésicule, et après plusieurs tentatives, j'ai pu, pinçant le noyau dur entre mes deux index enfoncés aussi loin que possible, faire saillir ce calcul par la vésicule ouverte et fendue jusqu'au col : il a sauté comme un noyau de cerise.

Suivant mon habitude, je n'ai pas pris la peine de reconstituer la vésicule, je ne l'ai pas enlevée non plus parce qu'elle était perdue très loin ; je mis deux drains et deux mèches et refermai la plaie au-dessous.

Il y a dix jours aujourd'hui, la malade va très bien, elle perd déjà moins de bile.

M. MICHAUX. — Il est toujours très avantageux de se servir de la vésicule comme guide pour découvrir le cholédoque ; en tirant sur la vésicule on fait saillir le cholédoque qui devient facilement accessible.

M. TUFFIER. — J'ai, en effet, suivie cette pratique avec avantage dans un cas dont j'ai publié ici l'observation.

Présentation de pièces.

M. LOISON présente des calculs salivaires extraits du canal de Warthon.

Au cours de la séance, M. le Président a déclaré vacante une place de membre titulaire.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
NÉLATON.

Séance du 24 novembre 1897.

Présidence de M. DELENS.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

M. WALTHER dépose sur le bureau une observation de M. Latouche (d'Autun), concernant le redressement d'un mal de Pott.

M. SCHWARTZ une observation de M. Témoin (de Bourges), ayant trait à une occlusion intestinale guérie par laparotomie.

M. DELENS annonce à la Société la mort de M. Tarnier et lève la séance en signe de deuil.

Le Secrétaire annuel,
NÉLATON.

Séance du 1er décembre 1897.

Présidence de M. Delens.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos du procès-verbal.

M. Segond. — A propos de la communication faite sur les lymphangiomes, je tiens à dire quelques mots d'une malade dont la pièce a été examinée au point de vue histologique par M. Pilliet et dont M. Jonnesco a donné connaissance à la Société anatomique.

Il s'agissait d'une femme de 35 ans qui, depuis dix ans, portait une tumeur crurale.

Cette tumeur, absolument fluctuante, était réductible lorsque la femme était couchée. Elle était mollasse, sans bosselures ; mon diagnostic fut celui : d'abcès froid.

J'opérai cette femme et trouvai une tumeur formée par des dilatations lymphatiques, telles que la tumeur représentait une éponge de tissu conjonctif dont les vacuoles étaient formées par des dilatations lymphatiques remplies de lymphe.

Il me fut impossible d'extirper en totalité cette éponge lymphatique dont les prolongements s'étendaient dans les interstices musculaires.

L'opération demeura donc incomplète; malgré cela, je réunis sans drainage et la malade guérit par première intention. Deux ans après, j'ai revu la malade qui allait bien.

Discussion sur les abcès sous-phréniques.

M. Picqué. — Dans une de nos dernières séances, notre collègue Lejars nous a présenté un fait fort intéressant d'abcès sous-phrénique

qui a fourni à plusieurs de nos collègues l'occasion de nous signaler quelques cas intéressants de leur pratique.

Je saisis moi-même l'occasion de vous présenter quelques observations sur cette curieuse maladie que j'ai étudiée récemment à propos d'un cas de M. Jonnesco (de Bucharest), sur lequel vous m'avez prié de vous présenter un rapport et aussi dans deux cas de ma pratique personnelle.

Cette affection, entrevue par Barlow en 1845, n'entra définitivement dans le cadre nosologique qu'en 1879 avec Leyden qui lui donna le nom de pyopneumothorax sous-phrénique ; à la même époque, Cossy proposa celui de faux pneumothorax.

Ce n'est que deux ans plus tard que Jaffé, constatant que les gaz n'existent pas constamment dans la poche (Lang, dans une thèse récente de Moscou, admet qu'ils n'existent que dans la proportion de 35 0/0 des cas), substitua à cette dénomination celle, plus générale peut-être, d'abcès sous-phrénique sous laquelle l'affection est plus généralement décrite aujourd'hui et qu'a récemment adoptée Besredka dans sa thèse de doctorat (1897).

Si je rappelle ces indications historiques bien connues de vous tous, c'est pour bien montrer la distance qui sépare la conception si spéciale de Leyden, de l'opinion que se font aujourd'hui les chirurgiens, de l'affection qui nous occupe.

En effet, Leyden, en créant cette entité nosologique avait fait œuvre utile : il avait tenu à la séparer nettement des affections pleurales avec lesquelles elle avait été constamment confondue. Or, le fait anatomique principal qui constituait la raison d'être de cette distinction, était son siège au-dessous du diaphragme et sa pénétration apparente dans le thorax par refoulement du diaphragme.

Aujourd'hui, il semble ne rien rester de cette conception primitive ; les auteurs qui l'ont suivi, Lang, de Moscou, en particulier, dans une thèse importante, ont envisagé d'abord les abcès sans gaz, et surtout ils ont cru rationnel d'y faire rentrer toutes les formes de périhépatite, toutes les variétés des péritonites circonscrites de la région de l'hypochondre gauche et de l'épigastre.

C'est ainsi que Lang, à côté des abcès sous-phréniques proprement dits, range des collections qui sont réellement intra-abdominales, qui ne peuvent, en aucune façon, se confondre avec des épanchements pleuraux et il y ajoute encore les collections extrapéritonéales de la région périrénale.

Je ne vois pas réellement d'avantage, surtout au point de vue clinique, à une synthèse qui rapproche des affections aussi dissemblables quant à leur siège topographique, à leur pathogénie et à leur apparence clinique et qui confond dans une même des-

cription des collections d'apparence intra-thoracique et des collections intra-abdominales vraies.

Un seul fait pourrait peut-être excuser, sinon justifier un semblable rapprochement.

Certaines des collections intra-abdominales tendent à gagner la région sus-hépatique et à constituer un véritable abcès sous-phrénique dont l'ouverture dans le thorax (plèvre ou poumon) suffit à déceler l'existence. Je vous en rapporterai tout à l'heure un bel exemple.

La forme type de Leyden, quoique rare, existe bien réellement.

Le cas que M. Jonnesco (de Bucharest) vous a présenté, en constitue un exemple intéressant.

Le foie présentait un abaissement notable; les côtes inférieures étaient immobilisées.

Il existait une zone de sonorité manifeste.

Une affection bien curieuse du foie que j'ai eu l'occasion d'observer, il y a deux ans, peut parfois simuler cette forme clinique de Leyden, et je tiens à vous la signaler.

Il s'agissait d'une malade qui m'avait été adressée en ville par un de mes collègues des hôpitaux pour une cholécystite suppurée. L'examen minutieux que je pratiquai, me démontra, au contraire, l'existence d'une collection intra-hépatique dont je basai surtout le diagnostic sur le siège très abaissé du bord libre du foie et je conclnai à un kyste hydatique suppuré du foie en raison des signes locaux et généraux que j'observais.

J'avoue que je ne songeais pas à un abcès sous-phrénique, diagnostic auquel pouvait m'amener l'abaissement apparent du foie et anssi l'existence, au-dessus du bord libre du foie d'une sonorité très étendue, mais que j'expliquais par la présence anormale de l'intestin grêle à ce niveau.

Je fis la laparotomie latérale et je découvris la face antérieure du foie, libre de toute adhérence. La région de la vésicule était absolument saine.

Une ponction faite dans le tissu hépatique amena l'issue d'une quantité considérable de gaz. Le foie s'affaissa de suite, ou plutôt remonta.

Il s'écoula ensuite du pus et de nombreuses vésicules. Je terminai l'opération comme à l'ordinaire, par la fixation à la paroi abdominale de la plaie hépatique très agrandie. La malade guérit.

Il est certain que s'il s'était établi des adhérences pariétohépathiques et que, grâce à elles, l'incision m'eût permis de pénétrer d'emblée dans la cavité suppurée, le diagnostic différentiel avec l'abcès sous-phrénique eût été, réserve faite pour la présence des hydatides, sinon impossible, du moins très difficile.

D'ailleurs, dans ce cas, la rupture du foie paraissait imminente et aurait probablement entraîné rapidement la mort de la malade,

à moins qu'une collection périhépatique limitée ait eu le temps de se produire, comme Lang, de Moscou, rapporte 3 cas, sur 176 observations.

J'ai eu dans ces derniers temps l'occasion d'observer 2 cas de la variété intra-abdominale des abcès sous-phréniques.

Le premier cas s'est transformé secondairement en abcès sous-phrénique (variété de Leyden), ce qui justifie, dans une certaine mesure, la place qu'on accorde à ces collections à côté du type primitif de Leyden.

Il s'agit d'un médecin chez lequel l'abcès, développé à l'occasion d'une cholécystite calculeuse, s'est formé à droite, entre le foie et la paroi thoraco-abdominale.

C'est là que se trouvait la collection principale contenant environ deux litres d'un pus fétide. La collection était donc primitivement interhépatopariétale, véritable périhépatite à siège franchement abdominal.

Il se fit, toutefois, par la suite, une fusée interphrénohépatique qui se termina par un vomique, et ce fut la seule raison qui nous permit d'en admettre l'existence, car le foie ne semblait nullement affaissé.

Parfois l'abcès peut siéger à gauche.

J'ai eu ces jours-ci l'occasion d'observer un vaste abcès gazeux que j'ai ouvert dans mon service de l'hôpital Dubois, chez une fillette de 13 ans, et qui me paraît devoir rentrer dans les abcès sous-phréniques, si toutefois l'on admet la synthèse anatomoclinique de Lang.

L'incision, conduite sur le bord externe du muscle grand droit du côté droit et au niveau de l'ombilic, me conduisit dans une cavité intra-abdominale limitée par des adhérences paraissant formées par le côlon transverse et le grand épiploon. Le foie ne paraissait pas non plus abaissé.

L'exploration digitale me démontra qu'elle était surtout dirigée en arrière vers la colonne vertébrale et en haut du côté du foie. D'ailleurs, la pression exercée sur le rebord des fausses côtes, faisait sourdre une notable quantité de pus par l'incision ombilicale.

La pathogénie de ces abcès est restée longtemps obscure ; elle est absolument variable d'ailleurs, comme le prouvent les nombreuses observations publiées.

Tantôt il s'agit d'une lésion bien nette du côté du foie ou du tube digestif, cette dernière pouvant être secondaire, comme l'admet Vanlair dans son important travail. Tantôt il est impossible d'invoquer aucune lésion , comme dans le cas de Jonnesco cet auteur insiste sur la constipation habituelle chez son malade et pense que

cet état est le point de départ de l'infection peri intestinale; c'est du reste une opinion qu'avait déjà exprimée Vanlair. Chez la fillette que j'ai opérée, il existait, à l'état habituel, des alternatives de constipation et de diarrhée.

L'examen bactériologique du pus peut fournir des renseignements intéressants au point de vue pathogénique.

Chez le médecin dont j'ai parlé, le pus a fourni des cultures pures de coli-bacille. D'autre part, la sortie d'un calcul biliaire au moment de l'opération, avait démontré qu'il s'agissait, comme dans un cas de Letulle, d'une cholecystite calculeuse. Les antécédents du malade ne laissaient d'ailleurs aucun doute à cet égard.

Quant aux gaz contenus dans l'abcès, leur pathogénie n'a rien de spécial dans l'affection qui nous occupe.

Dans les cas où il existe une communication avec l'intestin, ils proviennent du tube digestif. J'ai eu, l'an dernier, l'occasion d'observer un cas de ce genre avec M, le Dr Thiercelin; il s'agissait d'un abcès de la région épigastrique dû à une perforation de l'estomac d'origine cancéreuse.

MM. Debove et Rémond (de Metz) ont rapporté un cas analogue dans la *Gazette des hôpitaux*.

Au point de vue symptomatique, je tiens à rappeler que le début a été très brusque chez mes malades et l'évolution très rapide. Le médecin qui souffrait du foie depuis quinze ans, fut pris subitement, en pleine santé, d'une douleur violente à l'hypochondre; quelques jours après, l'ouverture devenait urgente et donnait issue à deux litres de pus. Il en fut de même du malade de Jonnesco.

Chez ma petite malade, la maladie avait éclaté avec les allures d'une crise aiguë d'appendicite, et j'avoue que j'eus peur un instant en présence des accidents graves qu'elle présentait, de trouver une péritonite généralisée.

Au point de vue des complications, je rappelle la pleurésie concommitante signalée par les auteurs et qui existait chez un de mes malades, ainsi que la vomique qui s'est produite quelques jours après la première opération, malgré la détente immédiate qui suivit l'opération. Cette vomique tardive fut en quelque sorte, dans ce cas, la signature de la variété anatomique.

Un fait intéressant s'est également produit et que je désire vous signaler en terminant. C'est l'infection secondaire par le coli-bacille de l'épanchement séreux de la plèvre.

L'elévation de température nous avait fait craindre, soit la purulence de l'épanchement, soit la formation d'une collection de la variété Leyden; à l'ouverture de la plèvre, nous trouvâmes un épanchement séreux, horriblement fétide et qui nous donna comme le pus sous-phrénique des cultures pures de colibacille.

Il est intéressant de signaler l'existence de cette variété de pleurésies colibacillaires et sa grande bénignité. La pleurotomie, suivie de résection costale, que je pratiquai sur les conseils et avec l'assistance de mon maitre, le professeur Berger, amena la chute immédiate et définitive de la température. Le nombre des lavages de la plèvre fut très limité; en trois se maines la guérison était complète.

M. Jalaguier. — J'ai observé un cas d'abcès sous-phrénique dont la relation me paraît trouver place ici.

Auguste Iug..., âgé de 11 ans et demi, fut pris, le 20 décembre 1895, de point de côté avec douleurs de ventre, nausées et constipation. Il entra au bout de quelques jours (fin décembre) à l'hôpital Trousseau dans le service de Comby.

Le ventre était légèrement ballonné et douloureux dans l'hypochondre et le flanc droits. Le foie ne semblait ni abaissé ni hypertrophié. A l'auscultation, on constatait un léger souffle à la base droite. A la percussion, il n'y avait pas de matité. L'enfant ne pouvait se coucher sur le côté droit. Il était pâle, amaigri, fébrile.

On fait une ponction exploratrice à la seringue de Pravaz; le résultat fut négatif.

Le 7 janvier 1896, on constata à la base droite un souffle pleurétique net, avec œgophonie. Nouvelle ponction exploratrice, sans résultat.

Le 12 janvier, on perçut l'existence d'un point fluctuant au-dessous des dernières fausses côtes. La pression à ce niveau occasionnait une violente douleur.

Le 13 janvier, Comby me pria de voir le malade. Je constatai, immédiatement au-dessous du rebord costal, à trois travers de doigt de la ligne médiane, l'existence d'un point fluctuant, sans œdème ni changement de couleur à la peau. En arrière, au niveau du 8e espace intercostal élargi, je trouvai un autre point fluctuant et la fluctuation était nettement perceptible du point antérieur au point postérieur. Il existait un léger degré d'œdème, en arrière, mais sans rougeur de la peau.

L'histoire du malade et le début par des phénomènes abdominaux m'avaient porté à penser qu'il pouvait bien s'agir d'une appendicite; mais j'avoue qu'après examen je me ralliai sans arrière-pensée au diagnostic de pleurésie purulente diaphragmatique porté dans le service.

Opération le 14 janvier 1896 :

Résection de la 9e côte sur la ligne axillaire. A ma grande surprise, je dus inciser le diaphragme, adhérent à la paroi thoracique, pour pénétrer dans la cavité purulente. Il en sortit d'abord des gaz, puis une grande quantité de pus bien lié, fétide, d'odeur fécaloïde. Après lavage, et en faisant écarter les bords de la plaie, je pus voir que la paroi postérieure de la poche était formée par la face convexe du foie.

L'exploration digitale me montra que la cavité de l'abcès, limitée en haut et en avant par la voûte diaphragmatique, en bas et en arrière par la face convexe du foie refoulé, se dirigeait en bas vers la fosse iliaque en suivant le côlon ascendant.

Trois gros drains furent introduits ; deux entre le diaphragme et le foie, un vers le cœcum.

Les suites opératoires furent des plus simples. Guérison complète en six semaines.

J'ai revu l'enfant plusieurs fois depuis cette époque. Au mois de juin 1897, dix-sept mois après l'opération, il était en parfaite santé.

Discussion sur la cholédocotomie.

De la cholédocotomie sans sutures, par M. Quénu, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Cochin, et M. André Claisse, interne des hôpitaux.

C'est en 1884 que Langenbuch et Parkes ont les premiers émis l'idée d'inciser le cholédoque, et d'en extraire les calculs qui s'y trouvent enclavés, puis de rétablir la continuité du canal en suturant l'incision. Kümmel exécuta, la même année, la première cholédocotomie, associée à une cholécystectomie ; son opérée mourut vingt heures après, dans le collapsus. L'intervention ne fut pratiquée de nouveau qu'en 1889, par Thornton et Heussner, qui obtinrent trois guérisons. Dès lors, les opérations devinrent plus fréquentes. Terrier, en réunissait 13 cas dans son rapport sur la chirurgie des voies biliaires, au Congrès de chirurgie de 1891, et 14 dans son travail paru dans la *Revue de Chirurgie* de novembre 1893. La thèse de Lepetit (1894) y ajouta 3 nouveaux cas; l'année suivante, Jourdan rassemblait 72 cas de cholédocotomie.

Cette opération est restée moins fréquente en France qu'en Angleterre et en Allemagne ; ce fait tient certainement au plus grand développement de la lithiase biliaire dans ces pays, où des chirurgiens comme Mayo Robson et Kehr, peuvent réunir en dix ans 170 à 180 interventions personnelles sur les voies biliaires.

La cholédocotomie a fait ici même l'objet de discussions intéressantes en 1895 et 1896, sans que toutefois aucune modification opératoire importante soit proposée, capable d'en changer le pronostic grave.

Les différentes statistiques qui ont été publiées indiquent une mortalité élevée (29 à 31 0/0). Mais elles ne donnent pas une notion très exacte de la gravité de l'opération : on doit en retrancher plusieurs malades opérés *in extremis*. En outre, dans bien des cas,

l'état général des malades est le principal facteur de la terminaison fatale.

Ce sont le plus souvent des femmes (90 0/0 des cas), d'âge moyen (de 30 à 60 ans), mais vieillies, affaiblies par des souffrances répétées; amaigries par la perte de l'appétit, par l'incomplète assimilation des graisses; en outre, il existe constamment un certain degré d'intoxication biliaire qui, par sa prolongation, retentit sur l'organisme et peut amener aux phénomènes aigus de la cholémie. L'angiocholite, liée à la lithiase, détermine des accès fébriles, légers, répétés, irréguliers; mais ils peuvent se transformer en syndrome grave de suppuration hépatique. Le foie est profondément touché; au bout de quelques semaines d'oblitération du cholédoque, la cellule hépatique est atteinte dans sa lonction jusqu'au point de causer l'acholie pigmentaire, phase ultime de sa destruction physiologique : les accidents d'insuffisance hépatique sont alors des plus graves, irrémédiables : la cholédocotomie pratiquée à ce moment rend libre un canal dont la source est tarie. Le myocarde lui-même, enfin, est souvent malade.

Telles sont les conditions, en général mauvaises, parfois déplorables, dans lesquelles se trouve le chirurgien; mais l'opération elle-même est très souvent difficile, longue; on est gêné par l'hypertrophie parfois énorme du foie; on est arrêté par les adhérences qui entourent la vésicule et les voies biliaires, qu'il faut détacher avec le plus grand soin et qui cachent le cholédoque. L'incision du canal, l'extraction du calcul présentent parfois de réelles difficultés (vascularité de la paroi, mobilité ou, au contraire, enclavement de la concrétion, écoulement de la bile qui doit toujours être, *a priori* et dans le doute, considérée comme infectée. Souvent, enfin, on est forcé de pratiquer simultanément une intervention sur la vésicule calculeuse.

Presque tous les chirurgiens se sont efforcés de faire une opération qu'ils considèrent comme idéale, en rétablissant immédiatement la continuité du canal cholédoque par la suture de l'incision; pourtant plusieurs opérateurs se sont montrés partisans du drainage du cholédoque. Morison[1], en 1895, avait toujours appliqué cette méthode; l'un de nous[2], à la suite d'un cas de mort dû à l'obstruction des voies biliaires par épanchement de sang, se proposait ici même, en juin 1896, de laisser le cholédoque ouvert; tout dernièrement Bishop[3] se montrait l'adversaire résolu des sutures, émettant à l'appui de son opinion des raisons que nous adoptons entièrement.

[1] *Annals of Surgery*. 1895, p. 181.
[2] QUÉNU, *Soc. de chirurgie*, 24 juin 1896.
[3] *Medical chronicle*, avril 1897.

De même Kehr[1] est absolument partisan du drainage des voies biliaires dans la cholongite calculeuse.

Les sutures du canal commun ont un premier inconvénient qui est d'allonger une opération qui, chez des sujets affaiblis, doit être aussi rapide que possible : les fils sont souvent placés avec difficulté dans cette région profonde ; la paroi du canal est friable, cède aux tractions exercées ; deux étages de sutures sont souvent nécessaires. Malgré tout le soin qu'on a pu y apporter, ces sutures sont fréquemment inutiles : le 2e, le 3e et jusqu'au 4e jour on peut voir apparaître dans la plaie un écoulement biliaire : les fils ont lâché et la bile s'échappe au dehors pendant un temps plus ou moins long. Or, ce fait est loin d'être rare.

Nous avons compulsé 95 cas de cholédocotomie, parmi lesquels 36 avec suture du canal terminées par la guérison : or, sur ces 36 observations, 21 fois les sutures ont cédé, 15 fois seulement la guérison s'est effectuée sans fistule.

Deux causes principales rendent compte de cette réouverture si fréquente du cholédoque. Tout d'abord, les parois enflammées résistent mal à la traction des fils ; la réunion des bords de ce canal atteint de cholédocite doit se faire difficilement, comme au niveau de tous les tissus infectés.

De plus, la muqueuse est épaissie, congestionnée ; elle forme, en s'accolant à elle-même, un obstacle sérieux à l'écoulement de la bile. Or, à cette cholédocite chronique lithiasique, nous venons ajouter de nouveaux éléments d'inflammation ; nous traumatisons la paroi par son incision, quelquefois même auparavant par le détachement des adhérences et par le soulèvement à l'aide du doigt au point d'arrêt du calcul ; nous blessons la muqueuse par l'extraction, souvent pénible, du ou des calculs, par le cathétérisme nécessaire pour s'assurer qu'il ne reste plus de concrétions.

Le passage des aiguilles, des fils, la striction de ceux-ci, le séjour des soies dans un milieu plus ou moins infecté sont autant de nouvelles causes d'inflammation. Le canal, au lieu de rester béant au-dessous du point où était enclavé le calcul, va de nouveau se trouver oblitéré plus ou moins par le gonflement de la muqueuse. Nous nous retrouvons en présence d'une rétention biliaire, rétention qui persiste et tue, ou cède soit en forçant la barrière de la muqueuse, soit en faisant sauter un ou plusieurs points de suture.

La rétention temporaire est assez fréquente : c'est ainsi que les premiers vomissements, dus au chloroforme, sont assez souvent bilieux et que, un peu plus tard, la première selle est colorée ; mais les suivantes sont décolorées pendant plusieurs jours ; parfois,

[1] *Munchen. medic. Wochensch.*, 1897, n° 41, p. 427

la bile ne passe réellement pour la première fois dans l'intestin qu'après un laps de temps assez long, ordinairement du huitième au douzième jour.

Lorsque les sutures lâchent, le plus souvent une fistule s'établit puis disparaît rapidement, le cholédoque redevenant perméable au bout de quelques jours. Mais, dans deux observations, l'épanchement s'est fait dans le péritoine et a amené la mort des malades (cas de Riedel, décembre 1891 ; Schwartz, mai 1895).

Dans les cas où aucune suture ne cède, avec des reins fonctionnant mal après l'opération, n'éliminant plus suffisamment, des accidents de cholémie éclatent.

L'oblitération post-opératoire du cholédoque peut encore se faire par un autre mécanisme : à savoir, la coagulation dans le canal commun, d'une petite quantité de sang émanée de la plaie cholédoquienne. C'est ce qui eut lieu chez une malade dont l'observation est rapportée par l'un de nous dans la thèse de Lepetit. Cette femme (obs. I), âgée de 41 ans, a succombé le troisième jour après l'opération à des accidents de cholémie ; les voies biliaires extra-hépatiques étaient complètement remplies par du sang qui n'avait pu s'échapper ni par le cholédoque obstrué par sa muqueuse épaissie, ni par l'incision du canal dont les sutures avaient résisté. Il est évident qu'en l'absence de suture, le sang, trouvant une voie au dehors, n'eût pas inondé les voies biliaires et occasionné la cholémie.

Chez deux autres de nos opérées, ces accidents de rétention ont pu être arrêtés par une réincision assez précoce du canal. Leurs observations, d'ailleurs assez semblables, méritent d'être rapportées :

Obs. II. — *Cholédorotomie avec sutures pour calcul du cholédoque. Réincision du cholédoque le 2e jour, pour accidents de cholémie. Guérison.*

G... (Mathilde), âgée de 35 ans, ménagère, est entrée à l'hôpital Cochin le 2 décembre 1896. Pas d'antécédents héréditaires. Nous relevons dans son passé une fièvre typhoïde à 25 ans et cinq grossesses, entre 24 et 30 ans, dont deux se sont terminées par des avortements.

Elle eut en 1889, à l'âge de 28 ans une première crise douloureuse avec ictère persistant pendant un mois. Puis pendant plusieurs années sa santé resta excellente. Elle ne se ressentait nullement de sa première atteinte, lorsqu'en janvier 1896, elle fut reprise brusquement de douleurs très vives dans l'hypochondre et le côté droit, accompagnées de vomissements abondants. Le lendemain elle était ictérique et ses matières, légèrement décolorées contenaient quelques petits calculs.

Cet ictère persiste pendant 11 mois; deux à trois fois par semaines éclataient de nouvelles crises de coliques hépatiques. Elles sont deve-

nues un peu moins fréquentes depuis le mois de juin, se répètent encore trois à quatre fois par mois, avec persistance de l'ictère.

Les digestions sont mauvaises; les viandes, les graisses sont rejetées; l'amaigrissement est notable; la malade, très jaune, est couverte de traces de grattages provoqués par un prurit parfois intense.

C'est dans cet état que la malade entre dans notre service : nous lui trouvons un foie un peu gros, sans pouvoir sentir de vésicule. Le cœur est normal : le pouls est très lent (54 pulsations), petit. Pas de fièvre.

14 décembre 1896. — Incision verticale sur le bord externe du muscle droit. La vésicule est vide; dans la profondeur on sent un calcul : la paroi du cholédoque est incisée sur lui; il est extirpé : c'est une concrétion de forme olivaire à surface irrégulière de 20^{mm} de long; de 15^{mm} d'épaisseur. La suture du canal est faite en un seul plan; drainage par un tube de caoutchouc entouré de gaze.

Les suites opératoires ne furent pas simples : d'ailleurs apyrétiques, la température ayant oscillé continuellement entre 36°,5 et 37°,8. Mais la malade est très abattue : Le pouls à 90 le premier jour, monte le lendemain à 110. On lui injecte 1100 grammes de sérum.

16 décembre. — L'état est plus mauvais. Les vomissements persistent depuis l'opération; les urines sont plus foncées que la veille; les lèvres sont trémulentes, la malade très abattue. Elle tombe presque dans le coma le soir. La température restant normale, le pouls est à 130.

Tous ces symtômes semblant devoir être dus à la cholémie, nous nous décidons à donner issue à la bile : on fait sauter les sutures du cholédoque dans la soirée, un drain est placé dans la plaie.

17 décembre. — L'état est à peu près semblable. Mais les urines (6007^{gr}) sont plus claires : le pansement est inondé de bile. Le pouls est à 110. Nous continuons les injections de sérum.

18 décembre. — Amélioration marquée. La malade n'est plus abattue; les urines sont beaucoup moins colorées, assez abondantes. Il y a beaucoup de bile dans le pansement.

Les jours suivants l'amélioration persiste; les matières se colorèrent; la fistule biliaire se ferma rapidement, et le 4 février 1897, six semaines après l'opération, la malade sortait complètement guérie.

OBS. III. — *Calculs du cholédoque et de la vésicule. Cholédocotomie avec sutures; cholécystostomie. Réincision et drainage du cholédoque le 13e jour pour rétention biliaire. Guérison.*

Femme Louise P..., 48 ans, domestique, entrée le 8 mai 1897 à l'hôpital Cochin, pavillon Pasteur.

Son père est mort albuminurique à 72 ans, sa mère vit encore âgée de 78 ans, bien portante.

Elle aurait eu, à l'âge de 10 ans, une jaunisse ayant duré deux mois. Mariée à 27 ans, elle a eu quatre enfants; l'un d'eux est mort de pneumonie à 3 ans.

Il y a une quinzaine d'années, elle éprouva, pendant quatre à cinq mois, des crises douloureuses, durant vingt-quatre à trente-six heures, se terminant souvent par des vomissements; les souffrances étaient vives, surtout dans le creux de l'estomac. A ce moment, ni décoloration des matières, ni ictère.

Cinq ans après reparurent ces mêmes douleurs, avec ictère cette fois, pendant deux ou trois jours.

Depuis lors, la santé est restée satisfaisante.

Mais en avril 1896 des douleurs lancinantes apparaissent de nouveau dans le creux épigastrique.

D'abord intermittentes, elles deviennent continues à partir du mois d'octobre; la malade devient ictérique, les matières se décolorent complètement; l'appétit disparaît; il se produit un amaigrissement rapide de 49 livres; tout travail doit être abandonné.

C'est dans cet état que cette femme se présente à nous : très jaune, amaigrie, mangeant peu, faible. Le foie est un peu gros, lisse, douloureux à la pression; on ne sent pas de vésicule. Les douleurs spontanées ne sont pas constantes; elles surviennent par crises fréquentes, siègent toujours dans le creux épigastrique, sans irradiations dans l'épaule droite; ce n'est qu'à ce moment que les urines donnent la réaction de Gmelin. Pas de fièvre. Poids, 48 kilogrammes. Selles complètement décolorées.

Opération le 18 mai 1897. — Incision sus-ombilicale, médiane. Le foie est découvert : il est lisse, un peu congestionné. L'ouverture est agrandie par une incision horizontale, sous le rebord costal droit.

L'épiploon, adhérent, est écarté. L'exploration de l'hiatus de Winslow montre qu'il n'y a pas de tumeur, mais on sent un calcul à la partie supérieure du cholédoque; on le fait glisser jusqu'au-dessus du duodenum. En ce point, le canal est incisé sur le calcul qui est facilement extrait par une ouverture de 10 millimètres environ.

Par des pressions répétées de bas en haut et de haut en bas, on ramène dans l'incision 23 autres calculs : 4 ont les dimensions d'une noisette, les autres sont gros comme des pois ou des lentilles. Il s'écoule un peu de bile, claire.

Un stylet est enfoncé dans le canal : il ne rencontre plus aucun obstacle et pénètre en bas jusque dans l'intestin; il remonte jusque dans le canal hépatique sans trouver de calcul. L'incision du cholédoque est alors suturée en un plan par cinq fils de catgut qui ne sont pas coupés au ras des nœuds.

L'épiploon est suturé au péritoine pariétal de manière à former une barrière tout autour de la région opératoire. Puis la vésicule de petit volume, à parois épaisses, est fixée à la paroi et incisée : 20 calculs en sont extraits, du volume d'un pois. Un peu de bile filante s'écoule au dehors.

Un drain est placé dans la vésicule. Un autre, engainant les fils de catgut de la suture du cholédoque, pénètre jusqu'au niveau de celle-ci; un troisième enfin est placé sous la vésicule.

La paroi est suturée en 2 plans autour de ces drains.

L'opération a été laborieuse, longue ; la malade est très affaiblie. Trois litres de sérum artificiel, deux piqûres d'éther et de caféine. Le pouls est faible, la température basse (35°,2 à 3 heures).

L'état général est plus satisfaisant dans la soirée et le lendemain ; peu de vomissements, pas de douleurs.

On renouvelle le pansement légèrement souillé par la bile écoulée de la vésicule. T. 37°,4 à 37°,7.

20 mai. — Même état satisfaisant ; pas de fièvre. L'ictère est plutôt plus foncé, les urines contiennent beaucoup de pigments biliaires.

22 mai. — La malade est purgée (0gr,75 de calomel). Selles assez abondantes, complètement décolorées. La vésicule biliaire laisse écouler une notable quantité de bile : il en est sorti deux petits calculs (un le 19, l'autre le 22).

24 mai. — Pendant la nuit s'est produit un écoulement abondant de bile mêlée de sang, par la vésicule.

27 mai. — On enlève les fils et les drains ; la réunion est faite.

A partir de ce jour, la malade présente chaque soir une petite élévation de température (37°,6 à 38°,4). L'ictère ne diminue pas, les selles restent décolorées ; la bile s'écoule d'une façon intermittente, très peu abondamment, par la vésicule.

Devant ces signes d'obstruction persistante du cholédoque, craignant la cholémie, nous nous décidons à créer une fistule biliaire cholédoquienne.

Le 31 mai, treizième jour après la cholédocotomie, la plaie est rouverte, les adhérences de formation récente sont détachées. Nous avions espéré pouvoir nous servir, comme guides, des fils de suture, mais ils sont résorbés.

Aussi est-ce avec beaucoup de peine que nous arrivons à découvrir le cholédoque ; nous l'incisons : il s'en écoule une quarantaine de grammes de bile. Un stylet explore les deux extrémités du cholédoque, il ne rencontre, ni en haut, ni en bas, de calculs. L'obstacle est donc certainement constitué par le gonflement et l'accolement de la muqueuse de la partie inférieure du cholédoque. Un drain est placé dans le cholédoque, et entouré d'une mèche de gaze.

Les jours suivants, l'écoulement de bile se fait librement, abondamment par la fistule du cholédoque. La fièvre a disparu. L'ictère diminue peu à peu, très lentement.

La première selle est encore décolorée ; mais le quatrième jour, les matières contiennent un peu de bile.

A partir de ce moment, l'état général, qui était peu satisfaisant, a été en s'améliorant.

La fistule biliaire a été très longue à se fermer et a donné encore beaucoup de bile pendant trois mois. Nous avons essayé de l'oblitérer en y plaçant de petits tampons d'ouate serrée : ils bouchaient la fistule pendant deux ou trois jours, mais cédaient ensuite. L'oblitération a été définitive le 1er octobre.

Pendant ce temps, la malade engraissait de 13 kilogrammes et sortait complètement guérie, dans un état excellent, le 1er octobre dernier.

Voilà donc 3 cholédocotomies *avec sutures* du canal, résultats : 1 mort, 2 guérisons, celles-ci dues à l'établissement secondaire d'une fistule.

Frappés par ces observations et par les résultats heureux obtenus chez une malade dont l'histoire a été rapportée à cette Société en avril 1895 [cholédocotomie sans suture en deux temps (obs. IV)], nous nous étions promis, à notre prochaine opération, de supprimer de parti pris toute réunion du cholédoque. Cette conduite a été tenue au mois de juillet, chez une malade adressée par le docteur Putel, de Neuilly.

Obs. V. — *Calcul du cholédoque ; calcul de la vésicule. Cholédocotomie sans suture ; cholécystostomie. Guérison.*

Mme X..., âgée de 53 ans, ne présentant aucun antécédent héréditaire, a eu trois enfants âgés actuellement de 35, 29 et 27 ans. Aucune maladie n'est à relever dans sa jeunesse, sa santé étant généralement très bonne.

Depuis quinze ans la malade est sujette chaque année, toujours en hiver, à une crise douloureuse présentant des caractères identiques : à la suite d'une fatigue apparaissent des douleurs assez supportables siégeant dans le flanc droit ; elles s'accompagnent d'un violent malaise, de frissons glacés, de vomissements bilieux assez abondants : d'ailleurs aucune trace d'ictère. La santé reste excellente en dehors de ces crises.

Il y a quatre ans des douleurs rhumatismales, polyarticulaires imposèrent un séjour au lit de plusieurs mois.

Depuis deux ans les crises douloureuses affectent un type net de colique hépatique sans ictère.

Celui-ci n'est apparu pour la première fois qu'au mois de mai dernier, en même temps qu'une violente attaque de colique hépatique. Il n'a pas disparu depuis ce temps ; les matières sont complètement décolorées, les urines très foncées, le prurit intense. Les vomissements alimentaires deviennent de plus en plus abondants ; l'affaiblissement devient très grand, l'intelligence est moins nette. Les douleurs très vives ne sont calmées que grâce à des piqûres de morphine répétées.

Nous voyons la malade à ce moment et conseillons une intervention immédiate, indiquée par la persistance des signes d'obstruction biliaire et l'aggravation progressive de l'état général.

30 juillet 1897. — Incision verticale sur le bord externe du muscle droit, du côté droit, puis remontant vers la ligne médiane, le long du rebord costal. L'épiploon est écarté ; la vésicule se présente, grosse, remplie complètement par un énorme calcul.

Nous explorons le cholédoque ; l'index gauche est passé facilement dans l'hiatus de Winslow qui est libre et sent dans le canal un très gros calcul haut placé. Le doigt est resté en place pendant toute la durée de l'intervention sur le cholédoque pour fixer le canal et le

calcul. Incision verticale sur le calcul : les parois sont épaissies congestionnées, un peu friables, saignantes : l'ouverture agrandie avec des ciseaux, les bords en sont saisis avec des pinces de Kocher ; la concrétion est alors enlevée en la soulevant avec une curette. Elle présente une forme générale sphérique (27 millimètres de diamètre), mais est irrégulière, avec une facette lisse dirigée en haut.

Il s'écoule à ce moment une bile d'abord très épaisse, filante, glaireuse, verdâtre, louche, puis plus fluide et vert foncé : on la recueille avec soin sur des compresses. Nous nous assurons avec un stylet qu'il ne reste pas de calculs dans le canal.

Nous ne cherchons pas à fermer le cholédoque ; mais nous isolons sa région de la grande cavité péritonéale en suturant le péritoine pariétal à gauche et en bas au cholédoque même, à droite à la vésicule. Un drain moyen est placé dans le canal.

La vésicule est alors incisée nous en extrayons un énorme calcul cylindrique de 43/25 millimètres qui présente une facette dirigée vers le cystique et correspondant à la facette du calcul du cholédoque. Un peu de bile épaisse et louche s'écoule. Drain et sutures du reste de cette incision tout au loin.

Fermeture de la paroi abdominale par trois plans de suture, en laissant un assez large orifice pour le passage des deux drains.

Les suites opératoires ont été simples. L'état général très mauvais avant l'intervention est resté médiocre pendant huit jours : un peu de fièvre, quelques frissons, nausées, quelques vomissements. D'ailleurs le ventre reste souple, la malade va à la selle, les matières restant décolorées. L'écoulement par la fistule biliaire est abondant.

Le 9e jour la fistule biliaire se trouve spontanément oblitérée par l'épiploon qui la ferme complétement. La bile passe dès ce jour dans l'intestin.

L'amélioration est dès lors rapide. Au bout d'un mois la guérison était complète.

Cette malade, revue au commencement de novembre est toujours en excellente santé.

Jusqu'à nouvel ordre, nous sommes portés à considérer la conduite chirurgicale que nous avons tenue comme celle qui offre le plus de réussite.

Le drainage systématique du cholédoque nous paraît présenter de nombreux avantages. Il permet l'élimination d'une bile altérée, mélangée de mucus, parfois très peu fluide, épaisse, rappelant par sa consistance les écoulements muqueux louches de l'utérus. Cette stagnation biliaire est encore favorisée par l'altération des parois de la vésicule. Pour nous, le rôle de celle-ci, au point de vue physiologique, est surtout celui d'un appareil de chasse : l'atrophie ou la sclérose de sa musculature est éminemment défavorable à la circulation biliaire.

Malgré la large ouverture d'un cholédoque resté béant, la bile

eut quelque peine à s'écouler librement chez notre malade de l'observation V. Chez une autre (obs. III), il ne suffit pas, pour obtenir l'écoulement biliaire, de l'ouverture du cholédoque, il fallut, par un drain introduit dans le canal commun, maintenir sa béance constante.

Nous nous étions demandé s'il n'était pas possible de remplacer le drainage du cholédoque par celui de la vésicule biliaire. Dans notre observation III, nous avions suturé complètement le cholédoque, fixé le fond de la vésicule à la peau et drainé celle-ci. Mais ce moyen est très infidèle et on s'explique facilement pourquoi : le canal cystique est, chez les lithiasiques, sinon oblitéré, du moins rétréci, et le reflux de la bile se fait dans cette voie d'une manière insuffisante.

Malgré tout, il est des cas où la perméabilité des voies biliaires est impossible à obtenir: c'est lorsque la lithiase occupe, non seulement les canaux extra-hépatiques, mais encore les canaux intra-hépatiques.

Ainsi mourut de cholémie une malade chez laquelle nous avions extrait du cholédoque 33 calculs et chez laquelle, secondairement, nous fîmes la désunion des sutures. Cette opération amena une sédation des accidents qui reprirent de plus belle.

A l'autopsie, nous avons trouvé les voies biliaires bourrées de calculs dans l'épaisseur du parenchyme hépatique jusqu'à 12 centimètres du hile (obs. VI) communiquée à la Société de chirurgie le 24 juin 1896). On comprend que c'est encore la cholédocotomie sans suture qui peut, en pareil cas, donner le plus de chances de succès, en permettant l'issue secondaire de calculs.

L'objection qu'on peut faire à la pratique que nous préconisons, c'est que, par l'incision cholédoquienne laissée ouverte, la bile, si elle est septique, risque de contaminer le péritoine.

Mais il est facile d'isoler la cavité péritonéale du foyer opératoire. On se sert de l'épiploon gastro-hépatique, du grand épiploon, du fond de la vésicule et du péritoine pariétal, pour constituer une petite logette dont le fond répond à l'ouverture du cholédoque et la base à l'incision cutanée laissée sans réunion ; dans un cas, nous avons même suturé les lèvres du cholédoque au péritoine pariétal. Il est recommandable d'introduire l'extrémité d'un drain jusque dans le canal commun, à travers la boutonnière qui lui a été faite. L'incision de la paroi abdominale ne sera que rétrécie par une suture à plusieurs plans.

Les suites opératoires des cholédocotomies sans suture ont été, dans les trois quarts des cas, des plus simples : le cholédoque largement maintenu ouvert à sa partie supérieure par le drain, laisse écouler la bile en abondance pendant quelques jours. Cependant,

la muqueuse de la partie inférieure qui n'est irritée ni par les calculs ni par les sutures, tend à reprendre son état normal; la lumière du canal se rétablit, la bile filtre et enfin passe librement dans l'intestin : les matières sont souvent colorées vers le 3e, 4e ou 5e jour, quelquefois seulement un peu plus tard. Dès que la voie cholédoquienne est rétablie, la bile oublie le chemin qu'on lui a créé artificiellement et, peu à peu, le drain étant enlevé, l'écoulement se tarit. La fermeture de la fistule peut être bâtie soit en la bouchant avec une petite mèche de coton, soit en en suturant secondairement les bords.

D'ailleurs cet écoulement biliaire n'a pas grand inconvénient par lui-même : nous n'avons pas trouvé de cas où il ait donné lieu à des signes de dénutrition.

Une de nos malades (obs. III) a engraissé de 11 kilogrammes en trois mois, malgré une fistule secondaire à une cholédocotomie avec sutures qui donnait journellement de 300 à 400 grammes de bile.

Si nos cas personnels nous portent vers la cholédocotomie sans suture, voyons ce que cette technique a donné entre les mains des autres opérateurs.

Rappelons que nos analyses portent sur 95 cas de cholédocotomie.

Ces 95 cas comptent 28 morts, soit 29,4 0/0 de mortalité.

Nous devons éliminer 6 cas où la méthode opératoire n'est pas indiquée, avec 4 morts (2 malades opérés *in extremis*, 1 mort d'hémorrhagie post-opératoire, 1 de choc.)

Les *cholédocotomies avec sutures* nous donnent 69 cas avec 19 morts, soit 27,5 0/0 de mortalité.

Les *cholédocotomies sans suture* 20 cas avec 5 morts, soit 25 0/0 de mortalité (donc 2 1/2 0/0 en moins.)

Nous pourrions à bon droit retrancher un malade opéré *in extremis* et mort dans le coma. Les autres décès ne peuvent être attribués d'ailleurs à la méthode opératoire (1 par collapsus au deuxième jour (Yversen), 1 par affaiblissement progressif chez une femme de 70 ans (Hartmann), 2 infections : septicémie (G. Marchant) et péritonite sans épanchement (Morison).

Au contraire, la méthode même doit être incriminée dans plusieurs des cas de morts des cholédocotomies avec sutures ; nous avons relevé comme tels, 3 morts causées par cholémie, 2 par épanchement biliaire péritonéal, 4 par insuffisance hépatique. Les autres causes de morts sont : 2 septicémies, 2 péritonites par perforation intestinale; 5 sont survenues par adynamie, collapsus, ou choc opératoire, 1 par congestion pulmonaire.

Nous avons fait remarquer que, sur 50 cholédocotomies avec

sutures guéries, 21 avaient présenté une fistule biliaire et devaient, au point de vue thérapeutique, se ranger dans les cholédocotomies avec drainage.

La statistique modifiée dans ce sens donnerait, pour les cholédocotomies avec drainage voulu ou non: 36 guérisons, 8 morts; mortalité 18,1 0/0 contre 35,5 0/0 de mortalité de la cholédocotomie sans drainage.

Pour conclure, avec Morison Bishop, nous sommes jusqu'à nouvel ordre, partisans de la non suture du cholédoque, au moins pour tous les cas où l'histoire clinique, l'ancienneté de l'ictère, l'aspect du foie, etc., laissent craindre une stase biliaire accusée et un danger possible de cholémie post-opératoire.

TABLEAU

Tableau de 95 cas de cholédocotomie.

Nos.	OPÉRATEURS et indications bibliographiques.	SEXE ET AGE de l'opéré.	DATES.	REMARQUES.
	I. — *Cholédocotomies avec sutures, sans fistule consécutive.*			
	GUÉRISONS.			
1	**Thornton**, *Lancet*, 1891, p. 764.	F., 43 ans.	28 nov. 1889.	
2	**Courvoisier**, *Leipzig. Casuist. Statist.*, 1890.	F., 46 ans.	21 janvier 1890.	
3	**Riedel**, *Thèse Martig.* Bâle 1893.	F., 37 ans.	28 mai 1891.	Cholécystostomie trois mois auparavant, sans ré-ultat.
4	**Rud. Franck**, *Wien. klin. Wochensch.*, 1891.	F., 42 ans.	27 mai 1891.	
5	**Hana Kehr**, *Berlin. klin. Wochensch.*, 9 janvier 1893.	F., 34 ans.	28 juillet 1891.	Cholecystostomie dix mois auparavant.
6	**Riedel**, *Gallensteinkraukheit.* Berlin 1892.	F., 50 ans.	15 octobre 1891.	
7	**Hans Kehr**, *Deut. Zeit. f. Chir.*, 15 juin 1894.	»	4 février 1893.	Récidive après cholédocotomie faite le 12 oct. 1892 (cas 55).
8	**Hans Kehr**, *idem*	F., 47 ans.	27 avril 1893.	Cholécystostomie dix mois auparavant.
9	**Elliott**, *Boston m. a. ch. J.*, 1894.	F., 39 ans.	22 mai 1893.	Cholécystostomie trois mois auparavant
10	**Kummel**, *Thèse Jourdan.* Paris 1895, p. 101.	F., 26 ans.	5 déc. 1893.	Cholécystostomie huit mois auparavant.
11	**Czerny**, *Beiträge f. klin. Chirurg.* Mermann 1895.	H., 32 ans.	16 janvier 1894.	
12	**Pozzi**, *Soc. de chirurgie*, 25 juillet 1894.	F., 37 ans.	25 mai 1894.	
13	**Elliott**, *Ann. of Surg.*, 1895, t. XXII, p. 87.	F.	1895.	Cholécystostomie préalable. Fistule de la vésicule persiste
14	**Vautrin**, *Rev. de chirurgie*, 1896, p. 460.	F., 59 ans.	11 sept. 1895.	
15	**Gérard-Marchant**, *Soc. de chir.*, 3 juin 1896.	F., 37 ans.	9 déc. 1895.	
16	**Courvoisier**, *Casuist. Beiträge*..	F., 26 ans.	18 février 1890.	*Probablement pas de fistule.* Cholécystotomie simultanée.
17	**Rehn**, *Congrès chir. allem.*, avril 1891.	F., 43 ans.	10 mars 1891.	*Idem.* Cholécystectomie simultanée.

Nos.	OPÉRATEURS et indications bibliographiques.	SEXE ET AGE de l'opéré.	DATES.	REMARQUES.
18	**Braun**, *Congrès chir. allem.*, avril 1891.	F., 40 ans.	avril 1891.	*Idem.*
19	**Riedel**, *Gallensteinkrauk.*, 1892..	H., 39 ans.	18 juillet 1891.	*Idem.* Cholécystostomie simultanée.
20	**Kuster**, 20e *congr. de chir. allem.*	F., 62 ans.	30 juillot 1891.	*Idem.* Cholécystostomie simultanée.
21	**Lanenstein**, *Esmarchs Festschrift.* 1893.	F., 34 ans.	2 juin 1892.	*Idem.* Cholécystostomie simultanée.
22	**Socin**, *Kraukheit-geschischte.* Basel, 1892.	F., 35 ans.	9 juillet 1892.	*Idem.*
23	**Korte**, 22e *congr. de chir. allem.*	F.	avril 1893.	*Idem.* Cholécystostomie simultanée.
24	**Hanz Kehr**, *Deut. Zeit. f. Chir.*, juin 1894.	F., 55 ans.	20 février 1894.	*Idem.* Cholécystostomie deux mois auparavant.
25	**Czerny**, *Mermann*, 1895........	F., 30 ans.	4 mai 1894.	*Idem.* Cholécystostomie simultanée.
26	**Hanz Kehr**, *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1894.	F., 48 ans.	1894.	*Idem.* Cysticotomie et cholécystostomie simultanées.
27	**Mayo Robson**, *Diseases of Gallbladder*, 1897.	H., 52 ans.	26 octobre 1895.	*Idem.* Cholécystotomie simultanée.
28	**Mayo Robson**, *idem*..	F., 37 ans.	27 mai 1896.	*Idem.* Cholécystotomie simultanée.
29	**Mayo Robson** *idem*..........	F., 50 ans.	8 déc. 1896.	*Idem.* Cholécystostomie simultanée.
		MORTS.		
30	**Kümmel**, *Deut. medicin. Wochen.* 1890.	F., 45 ans.	6 février 1884.	Dans le *collapsus* au bout de vingt heures.
31	**Vander Veer**, *New-York med. Record*, novembre 1891.	H., 51 ans.	15 janvier 1891.	*Adynamie cardiaque*; mort très rapide le 5e jour.
32	**Riedel**, *Gallensteinkrank.*, 1892..	F., 41 ans.	12 déc. 1891.	*Epanchement biliaire.* Pas de drainage péritonéal. Mort le 4e jour.
33	**Hans Kehr**, *Berlin. klin. Wochensch.*, février 1893.	F., 52 ans.	18 avril 1892.	Mort dans le *collapsus* après quelques heures.
34	**Terrier**, *Rev. de chirurgie*, novembre 1892.	H., 32 ans.	19 avril 1892.	*Insuffisance hépatique.* Mort le 2e jour.
35	**Doyen**, *Arch. provinc. chirurgie*, 1er août 1892.	F., 93 ans.	1892.	*Idem.* Mort le 8e jour.

Nos.	OPÉRATEURS et indications bibliographiques.	SEXE ET AGE de l'opéré.	DATES.	REMARQUES.
36	**Arhuthnot Lane**, *Soc. médic. de Londres*, 25 février 1893.	F.	8 déc. 1892.	*Probablement pas de péritonite.* Mort le 4e jour.
37	**Hans Kehr**, *Deut. Zeit. f. Chir.*, 15 juin 1894.	F., 40 ans.	19 janvier 1893.	*Péritonite par perforation du côlon.* Mort le 4e jour.
38	**Mayo Robson**, *Thèse Jourdan*. Paris 1895, p. 106.	H., 37 ans.	28 janvier 1893.	*Idem.* Mort le 15e jour.
39	**Czerny**, *Mermann*, 1895........	F., 31 ans.	11 juillet 1893.	*Cholémie.* Mort le 3e jour.
40	**Lauenstein**, *Thèse Jourdan*, p. 81.	F., 63 ans.	11 nov. 1893.	*Péritonite.* Mort le 3e jour.
41	**Quénu**, *Thèse Lepetit*. Paris 1894.	F., 41 ans.	14 février 1894.	*Cholémie* par hémorrhagie dans les voies biliaires. Mort le 3e jour.
42	**Murphy**, *Medical Record*, 20 janvier 1894.	F., 35 ans.	23 octobre 1893.	*Mort subite* le 25 octobre.
43	**Michaux**, *Soc. de chirurgie*, 1er novembre 1895.	F.	14 sept. 1894.	*Affaiblissement rapide.* Meurt le 2e jour.
44	**Duplay**, *Thèse Jourdan*, p. 37...	F., 36 ans.	7 février 1895.	*Insuffisance hépatique ou cholémie.* Mort le 2e jour.
45	**Schwartz**, *Soc. de chir.*, 15 mai 1895.	F., 53 ans.	8 mai 1895.	*Epanchement biliaire péritonéal.* Mort le 2e jour.

II. — *Cholédocotomies avec fistule consécutive.*

A. Le cholédoque a été suturé.

GUÉRISONS.

46	**Thornton**, *Lancet*, 1891, p. 463.	F., 36 ans.	9 mai 1889.	Fistule pendant plusieurs jours.
47	**Thornton**, *idem*...............	F., 49 ans.	2 juin 1889.	Fistule pendant seize jours. Cholécystostomie simultanée.
48	**Heussner**, *Deut. med. Wochen.*, 1890, p. 766.	F., 38 ans.	6 juin 1889.	Fistule abondante. Cholécystostomie simultanée.
49	**Courvoisier**, *Casuist. Beiträge*, 1890.	F., 31 ans.	23 mars 1890.	Fistule légère. Cholécystostomie dix-huit jours auparavant.
50	**Kuster**, *20e congrès de chirurgie allemande.*	F., 49 ans.	11 juin 1890.	Fistule du 5e au 11e jour.
51	**Robert Abbe**, *New-York med. Journal*, 30 janvier 1892.	F., 36 ans.	13 avril 1891.	Fistule pour drain dans le canal hépatique. Cholécystectomie simultanée.
52	**Roux**, *Thèse Martig*, 1893.......	F., 46 ans.	16 juin 1891.	Fistule de quelques jours. Cholécystectomie simultanée.

Nos.	OPÉRATEURS et indications bibliographiques.	SEXE ET AGE de l'opéré.	DATES.	REMARQUES.
53	**Riedel**, *Erfahr. f. Gallensteinkr.*, 1892.	F., 31 ans.	2 octobre 1891.	Ecoulement abondant le 4e jour malgré l'absence de drain; dure quelques jours. Cholécystostomie simultanée.
54	**Studsgaard**, *Soc. de chirurgie.* Terrier, décembre 1892.	F , 67 ans.	3 juin 1892.	Fistule pendant six semaines. Cholécystectomie simultanée.
55	**Hans Kehr**, *Berlin. klin. Wochensch.*, 16 janvier 1893.	F., 50 ans.	12 octobre 1892.	Fistule persistante (récidive, opérée le 27 avril 1893; cas 7). Cholécystectomie simultanée.
56	**Lauenstein**, *Thèse Jourdan*, 1895.	F., 35 ans	16 mars 1893.	Fistule du 3e au 15e jour.
57	**Czerny**, *Mermann*, 1895........	F., 41 ans.	1er août 1893.	Ecoulement abondant pendant huit jours. Cholécystotomie simultanée.
58	**Anderson**, *Lancet*, 17 novembre 1894.	F., 35 ans.	25 février 1893.	Fistule pendant un mois. Cholécystotomie simultanée.
59	**Terrier**, *Acad. de méd.*, 6 mars 1894.	F., 55 ans.	11 janvier 1894.	Fistule du 18 au 23 janvier. Cholécystectomie en mai 1893.
60	**Hans Kehr**, *Deut. Zeit. f. Chir.*, 15 juin 1894.	F., 48 ans.	26 février 1894.	Fistule du 2e au 10e jour. Cholécystostomie simultanée.
61	**Jahoulay**, *Thèse Jourdan*, 1895..	F., 50 ans.	19 août 1894.	Fistule pendant un mois.
62	**Michaux**, *Soc. de chir.*, 1er mai 1895.	F., 73 ans.	23 nov. 1894.	Fistule abondante pendant trois semaines. Cholécystectomie simultanée.
63	**Lejars**, *Soc. de chir.*, 19 février 1896.	F., 82 ans.	14 déc. 1895.	Fistule pendant un mois.
64	**Quénu**, *Soc. de chir.*, décembre 1897.	F., 35 ans.	14 déc. 1896.	Désunion le 2e jour pour accidents cholémiques. Fistule quelques jours.
65	**Quénu**, *idem*..................	F., 48 ans.	18 mai 1897.	31 mai, drainage du cholédoque pour cholémie. Fistule pendant quatre mois.
66	**Lejars**, *Soc. de chir.*, 17 novembre 1897.	F., 52 ans.	2 sept. 1897.	Fistule légère pendant trois semaines.
		MORTS.		
67	**Jordan Lloyd**, *Rev. de chirurgie.* Terrier, 1892.	H., 51 ans.	24 janvier 1890.	Ecoulement le 1er jour. Mort par *congestion pulmonaire* le 3e jour.
68	**Vautrin**, *Rev. de chirurgie*, 1896, p. 460.	F., 58 ans.	4 mars 1896.	Fistule abondante, puis *insuffisance hépatique*, mort le 9e jour.

Nos.	OPÉRATEURS et indications bibliographiques.	SEXE ET AGE de l'opéré.	DATES.	REMARQUES.
69	**Quénu**, *Soc. de chir.*, 24 juin 1896.	F., 28 ans.	26 mars 1896.	Mort de *cholémie* le 8e jour malgré réincision du cholédoque. Lithiase intra-hépatique.

B. Drainage du cholédoque.

GUÉRISONS.

Nos.	OPÉRATEURS et indications bibliographiques.	SEXE ET AGE de l'opéré.	DATES.	REMARQUES.
70	**Hochenegg**, *Wiener klin. Wochen.*, 1891.	F. 46 ans.	21 déc. 1890.	Fistule pendant six semaines. Cysticotomie simultanée.
71	**Mayo Robson**, *Diseases of Gall-Bladder*, 1897.	F., 22 ans.	5 février 1891.	
72	**Bland Sutton**, *Rev. de chirurgie.* Terrier, 1892.	F., 58 ans.	18 sept. 1891.	Cholécystostomie simultanée.
73	**Duncan**, *Edimb. med. Journal*, 1893.	F., 53 ans.	octobre 1892.	Fistule pendant trois semaines.
74	**Jaboulay**, *Thèse Jourdan*, 1895..	F., 26 ans.	20 août 1893.	Cholécystotomie simultanée.
75	**Arbuthnot Lane**, *Clinical soc. trans.*, 1894.	F., 30 ans.	3 janvier 1894.	Cholédocotomie en deux temps.
76	**Thiriar**, *Gaz. hebdom.*, 12 août 1894.	F., 29 ans.	2 mars 1894.	Guérison pendant un mois.
77	**Morison**, *Ann. of Surg.*, 1895, p. 181.	F., 45 ans.	13 août 1894.	
78	**Morison**, *idem*..................	F., 47 ans.	20 nov. 1894.	
79	**Morison**, *idem*..................	F., 28 ans.	10 nov. 1894.	
80	**Quénu**, *Soc. de chir.*, avril 1895.	E., 40 ans.	19-24 nov. 1894.	Cholédocotomie en deux temps. Fistule pendant un mois.
81	**Terrier**, *Thèse Jourdan*, 1895....	F., 51 ans.	19 mars 1895.	Fistule pendant un mois.
82	**Mayo Robson**, *Diseases of Gall-Bladder*, 1897.	H., 25 ans.	18 juillet 1896.	
83	**Stanmore Bishop**, *Medic. chronicle*, avril 1897.	F., 37 ans.	23 février 1897.	Cholécystostomie le 4 décembre 1896. Fistule pendant trois semaines.
84	**Quénu**, *Soc. de chirurgie*, 1er décembre 1897.	F., 53 ans.	30 juillet 1897.	Fistule pendant dix jours.

MORTS.

Nos.	OPÉRATEURS et indications bibliographiques.	SEXE ET AGE de l'opéré.	DATES.	REMARQUES.
85	**Yversen**, *Rev. de chir.* Terrier, 1893, p. 81.	F., 59 ans.	15-17 fév. 1892.	Cholédocotomie en deux temps. Mort dans *collapsus*, avec fièvre.

Nos.	OPÉRATEURS et indications bibliographiques.	SEXE ET AGE de l'opéré.	DATES.	REMARQUES.
86	**Moriaon**, *Ann. of Surgery*, 1895, p. 181.	F., 64 ans.	23 oct. 1894.	Infection péritonéale au moment de l'opération. Mort le 8e jour.
87	**Arbuthnot Lane**, *Lancet*, 2 mars 1895.	F.	29 déc. 1894.	Cas désespéré. Mort sans amélioration.
88	**Hartmann**, *Thèse Mignot.* Paris 1896 (obs. IV).	F., 70 ans.	10 février 1896.	Affaiblissement progressif. Mort le 13e jour.
89	**Gérard-Marchant**, *Soc. de chir.*, 3 juin 1896.	F., 50 ans.	15 avril 1896.	Septicémie. Mort le 3e jour.
	III. — *Technique opératoire non indiquée.*			
90	**Hans Kehr**, *Thèse Martig*, 1893.	F., 48 ans.	28 déc. 1890.	Guérison rapide.
91	**Hans Kehr**, *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1894.	F., 37 ans.	16 sept. 1893.	Guérison.
92	**Jaboulay**, *Thèse Jourdan*, 1895..	H., 31 ans.	juin 1891.	Etat désespéré. Mort dans le coma le surlendemain.
93	**Billroth**, *Soc. des méd. de Vienne*, février 1893.	F., 50 ans.	février 1893.	Mort par hémorrhagie (par la plèvre et l'intestin) le 7e jour.
94	**Jaboulay**, *Thèse Jourdan*, 1895..	H., 30 ans.	avril 1893.	Etat infectieux. Mort dans le coma.
95	**Laueuatein**, *Thèse Jourdan*, 1895.	F., 50 ans.	30 juillet 1893.	Très mauvais état général; infection biliaire. Mort le même jour.

Lecture.

M. Vallin (de Lille) lit un mémoire intitulé : *Grossesse compliquée de fibrome.*

Renvoyé à une commission (M. Bouilly, rapporteur).

Présentations de malades.

1° M. Broca présente un enfant de 10 ans opéré il y a six semaines d'un double pied bot varus. M. Broca s'est contenté de redresser le pied en réséquant les portions d'astragale et de calcanéum qui maintenaient la luxation de l'avant-pied en dedans, et son résultat est parfait au point de vue du redressement du pied et de la correction

du déplacement. En ce moment, six semaines après l'intervention, l'enfant marche sur la plante des pieds qui sont en bonne attitude. Il ne marche pas encore bien. La bonne démarche ne se verra que dans 3 mois, lorsque les articulations auront retrouvé leur souplesse. En somme, le résultat est très bon et sera parfait.

M. ROUTIER. — Je vous ai présenté l'an passé une jeune fille que je considérais comme guérie d'une péritonite tuberculeuse par une laparotomie. L'examen bactériologique du liquide retiré de l'abdomen n'avait pas été fait et quelques-uns de mes collègues avaient contesté la nature tuberculeuse de la maladie. Or, cette jeune fille est venue me retrouver ces temps derniers avec un abcès par congestion. L'origine tuberculeuse de cet abcès n'étant pas discutable, il me semble que la nature tuberculeuse de la péritonite tuberculeuse que j'ai autrefois guérie, se trouve par ce fait même démontrée.

2° *Acné hypertrophique ayant envahi les deux tiers inférieurs du nez. Décortication. Autoplastie primitive. Guérison avec restauration immédiate et complète du nez.*

M. POZZI. — Il s'agit d'un homme de 70 ans qui présentait une sorte de trompe nasale deseendant sur la bouehe et qu'il devait éearter pour manger.

La tumeur, du volume d'une poire, provenait de la dégénérescence de la peau des deux tiers inférieurs du nez. En soulevant la tumeur, on pouvait cependant reeonnaître qu'un très mince liseré de peau, eneadrant les narines, était saine.

L'opération a compris deux aetes : 1° la décortication de toute la partie malade : après avoir soigneusement cerné ses limites par une incision profonde. Cette ablation ne peut se faire sans intéresser les cartilages des narines très adhérents au derme dégénéré. Après cette ablation, il reste une plaie profonde et large, communiquant avec les fosses nasales. Le cadre inférieur des narines a pu être conservé sous la forme d'une mince languette, incomplète à gauche. Le cartilage médian de la cloison fait une assez forte saillie et doit être réséqué pour qu'on puisse passer au second aete opératoire, la restauration. L'hémorrhagie est abondante et de nombreuses ligatures au eatgut sont appliquées ;

2° L'autoplastie immédiate est faite suivant le plan que voici : faire descendre la partie supérieure du nez sur la brèche formée par l'extirpation de la partie inférieure ; faire deseendre la partie inférieure de la peau du front sur la plaie résultant de la dénudation du tiers supérieur du nez. Souder inférieurement le premier lambeau abaissé au eadre des narines conservé. Enfin s'opposer au tiraillement soit en laissant béantes une partie des incisions latérales, soit en faisant des incisions nouvelles libératriees.

Voici les détails de l'opération :

a) Le lambeau nasal supérieur a été taillé par une incision en V renversé dont la pointe atteint la racine du nez et dont les branches écartées circonscrivent un lambeau large en haut et terminé en bas par deux pieds de deux centimètres de largeur. On détache ce lambeau à la rugine, en rasant les os, de manière à détacher toute l'épaisseur des parties molles.

b) Ce lambeau est suturé en bas au cadre des narines, incomplet à gauche : les narines sont très fortement attirées en haut.

c) La plaie opératoire est recouverte, mais on lui a substitué en haut une plaie qui résulte du glissement du lambeau. Pour la recouvrir, une incision verticale est faite dans l'espace intersourcilier remontant jusque un peu au-dessus de la racine du nez. Une incision transversale supérieure donne à cette incision la forme d'un T du pied duquel part le V renversé de l'incision autoplastique première.

Deux lambeaux trapézoïdes ont été ainsi dessinés ; on les dissèque profondément et on attire leurs angles supérieurs en bas en leur faisant décrire un arc de 90° et on suture ces angles côte à côte au sommet du premier lambeau triangulaire qui a été d'abord taillé et ramené sur la plaie opératoire. La plaie losangique qui résulte de la bascule de ces deux petits lambeaux est suturée verticalement ; on place aussi des points de suture sur les incisions latérales sauf dans les points où il y a du tiraillement.

d) Le nez est alors reconstitué, mais il est fortement bridé de haut en bas ; pour faire cesser cette tension, une incision profonde est faite immédiatement au-dessous du nez, à sa jonction avec la lèvre supérieure. La plaie libérée profondément à la rugine est écartée et deux points de suture sont placés sur la moitié supérieure transformée en un angle vertical. Le reste de l'incision est laissé béant, pour servir d'incision libératrice.

Le nez est alors délivré de toute traction.

Pansement à la gaze iodoformée, enveloppant toute la face.

Le 5e jour, les fils d'argent sont retirés.

Les petites plaies résultant des incisions libératrices se comblent rapidement. Au bout de quinze jours, tout était cicatrisé.

Le malade nous est présenté vingt-deux jours après l'opération.

Le nouveau nez obtenu est fortement busqué mais n'est pas disgracieux. Les lambeaux ont admirablement conservé leur vitalité. A droite, il y a un peu de saillie du lambeau.

Il serait utile d'y faire quelques scarifications. Mais le malade a hâte de rentrer dans son pays et se contente parfaitement du résultat acquis.

M. Pozzi ne présente pas ce cas pour démontrer que le procédé classique de simple abrasion doit être abandonné. Il reste la règle, mais il semble à l'auteur que ce fait doit encourager à faire, dans certains cas au moins, suivre la décortication dn nez atteint d'acné hypertrophique d'une restauration immédiate, au lieu de

s'en fier à la nature pour la cicatrisation, qui est plus longue et moins régulière lorsque l'altération profonde des parties molles a nécessité un grand délabrement.

Discussion.

M. Berger.— L'opération que vient de nous relater M. Pozzi me paraît devoir être réservée aux cas exceptionnels ou, en même temps qu'une acné hypertrophique énorme, il existe une dilatation excentrique du nez. Car alors, une fois l'abrasion des portions hypertrophiques faite, il reste des cartilages mous, flasques, qui s'affaissent. Dans ce cas, peut-être les procédés autoplastiques auront-ils une raison d'être. Dans les cas ordinaires, l'incision pure et simple est ce qu'il y a de plus simple et de plus rapide.

M. Championnière. — J'ai la même opinion que M. Berger. Depuis que M. Ollier nous a fait connaître les résultats excellents de l'abrasion pure et simple dans l'acné hypertrophique, je n'ai jamais fait autre chose. Les résultats sont excellents, rapides, car en 5 ou 6 semaines il donne des cicatrices moins laides que celles des procédés autoplastiques. Je considère donc que M. Pozzi s'est donné beaucoup de mal pour obtenir moins bien que ce que lui aurait donné la très simple abrasion.

M. Ricard et M. Routier appuient l'opinion de M. Championnière.

M. Pozzi. — Je n'aurai pas la prétention d'avoir raison contre tout le monde. Car je vois que l'accord est unanime pour repousser le procédé que je soutenais.

Je me permettrai cependant de vous faire remarquer que le résultat que je vous présente est relativement récent. C'est un nouveau nez de 3 semaines que vous avez sous les yeux et lorsque quelques scarifications, quelques ignipunctures en auront corrigé les aspérités, il ne sera pas trop mal léché. Enfin, si vous pensez faire aussi bien avec l'abrasion pure et simple, soit; en tout cas, le résultat ne sera pas plus rapide.

M. Championnière. — M. Pozzi nous conseille, comme autrefois M. Sée, les scarifications et l'ignipuncture, il est, je crois, dans l'erreur : il faut réussir du premier coup et ne plus avoir à retoucher à la cicatrice.

M. Hartmann et M. Poirier déclarent que l'abrasion de l'acné hypertrophique, pour donner ses résultats les plus rapides, doit être faite au bistouri et non au thermocautère.

Présentations de pièces.

1° M. Loison présente les pièces d'une gastrotomie établie par le procédé de Fontan, de Toulon.

2° M. Routier. — Je vous présente le cæcum d'un homme qui a succombé à la suite d'une occlusion intestinale aiguë. Il était si bas quand je l'ai vu que, malgré les idées que je défendais ici, et malgré mes préférences pour la laparotomie, j'ai cru devoir me contenter d'un anus contre nature.

Pour des raisons cliniques, et d'après l'aspect du ventre, j'ai fait l'anus à gauche, j'ai pris la première anse qui est venue et je l'ai ouverte par une pointe au thermocautère.

Il est sorti de suite du gaz et de l'eau sale, le ventre s'est affaissé de moitié, bien que restant encorc assez ballonné.

Le malade a vécu huit jours, pendant ce temps, il a rendu des gaz et des matières liquides par l'anus contre nature, rien par l'anus normal jusqu'au huitième jour. Il eut alors une vraie débâcle.

Le lendemain matin, il était mort.

Nous n'avons trouvé aucune lésion expliquant l'occlusion, mais le cæcum que je vous présente était dilaté, plus encore qu'on ne pourrait le croire en regardant cette pièce ; il contenait 4 litres de matières dures et molles.

L'anus contre nature était placé sur l'S iliaque, malgré cela, le cæcum ne s'était pas vidé.

Je dois m'accuser, ce me semble, d'avoir mal jugé de la résistance de mon malade.

Il a survécu huit jours ; il aurait sans doute supporté une laparotomie et j'aurais pu alors de visu ouvrir l'intestin dans un meilleur endroit.

Ce fait me paraît donc venir confirmer encore les idées que je défendais ici, à savoir que la laparotomie, surtout en l'absence d'un diagnostic précis est l'opération de choix contre les accidents d'occlusion intestinale aiguë.

3° *Broche avalée par une enfant de 8 mois et sortie par l'anus soixante-douze jours après.*

M. Bazy. — J'ai l'honneur de vous présenter une broche avalée par une enfant de 8 mois et une épreuve radiographique de cette enfant, faite après un mois et demi par M. Poupinel.

Je fais cette présentation pour deux raisons : 1° à cause du long

séjour du corps étranger dans les voies digestives sans aucun accident ;

2° Parce qu'un chirurgien voulait, vers le 20e jour après l'ingestion et sans qu'il y eût aucune indication, faire à cette enfant une laparotomie pour enlever le corps étranger siégeant dans une partie indéterminée du tube digestif.

L'enfant m'a été amenée le 31 juillet dernier par ses parents, sur les conseils de leur cousin, médecin (mais non leur médecin), à qui, dans leur affolement à la perspective d'une laparotomie qu'on leur avait déclarée nécessaire et urgente, ils étaient allés demander conseil.

Cette enfant, âgée de 8 mois, est gaie, bien portante, mange bien, n'a nullement l'air de souffrir, et n'était un examen radiographique qui a été fait, on ne se douterait pas qu'elle a une broche dans le ventre.

Cette broche a une longueur de 2 centimètres et demi ; fermée elle mesure 7 millimètres et une épaisseur de 3 millimètres.

Elle a été avalée pendant que l'enfant était étendue sur le ventre, reposant sur les genoux de sa nourrice; cette broche n'était que piquée sur sa bavette et non fermée.

Quand on a retourné l'enfant, l'épingle avait disparu. On la cherche, on ne la retrouve plus — l'inquiétude est très grande, d'autant que l'épingle est ouverte.

Quoiqu'il n'y ait pas de troubles, après quelques jours l'enfant est conduite chez le médecin de la famille, qui l'a conduit chez un chirurgien, lequel conseille une opération après radiographie. La radiographie étant faite et la démonstration de la présence de la broche dans le ventre étant démontrée, le chirurgien conseille alors plus vivement encore l'intervention parce que la broche était haute dans l'abdomen.

C'est alors que les parents me l'amènent. Voyant qu'il n'y a aucun trouble digestif, qu'il n'y a pas eu, qu'il n'y a pas de douleurs, que l'enfant se porte bien, que la broche a traversé sans encombre la partie la plus rétrécie et la moins protégée du tube digestif, c'est-à-dire l'œsophage, qu'elle est dans une région où elle est protégée par le mucus et les matières intestinales, je déconseille formellement une opération chez une enfant aussi jeune et pour un corps dont la situation n'est nullement connue.

Le jour même, on va voir notre collègue Jalaguier qui déconseille aussi l'intervention.

Le lendemain, l'enfant est prise de fièvre; on conseille alors plus fortement l'opération. Mais le chirurgien, sachant que deux de ses collègues étaient d'un avis opposé, propose une consultation avec nos collègues Jalaguier et Hutinel.

Les accidents, qui avaient été mis par Jalaguier sur le compte de la dentition, sont considérés de même par Hutinel, qui est d'avis qu'il n'y a pas lieu à opération.

Le lendemain, la première dent apparaissait. L'enfant s'est remise à continuer à se bien porter et au soixante-douzième jour a rendu la broche entourée de matières.

La radiographie faite par M. Poupinel le 17e et non le 15e jour, nous montre cette broche située sur le côté droit, dans la région épigastrique.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
NÉLATON.

Séance du 8 décembre 1897.

Présidence de M. DELENS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

M. BOUILLY dépose sur le bureau de la Société un mémoire de M. Dubraudy (d'Hyères) intitulé : *Rétention d'urine traitée par le cysto-drainage.*

Discussion sur les abcès sous-phréniques.

M. LEJARS. — Je suis heureux que la présentation de mon malade ait provoqué la communication d'un aussi grand nombre de faits intéressants ; je voudrais simplement faire remarquer qu'il est important de maintenir la distinction entre les simples collections suppurées sous-diaphragmatiques et l'abcès gazeux proprement dit, la présence des gaz étant un élément capital pour la pathogénie et le pronostic.

De fait, ces abcès gazeux sous-phréniques supposent toujours une perforation du tube digestif ou encore du poumon, et ce sont précisément les caractères de ces perforations, leur multiplicité quelquefois, leur siège, leur largeur, qui commandent la gravité de l'affection et le résultat des interventions. Une seconde observa-

tion, qui m'est commune aussi avec M. Courtois-Suffit, en fournit un frappant exemple.

Il s'agit d'une jeune femme de 29 ans, dont M. Courtois-Suffit a relaté ailleurs l'histoire complète, et qui était entrée à l'hôpital Beaujon quelques semaines après le malade que je vous ai présenté guéri. Depuis longtemps, elle présentait des signes très nets d'ulcère de l'estomac, et c'était à la suite d'une violente douleur épigastrique, suivie de syncope, qu'elle avait été transportée à l'hôpital. L'état ne fit que s'aggraver les jours suivants ; et, ici encore, le ventre avait pris un aspect bilobé ; la voussure supérieure, occupant toute la région épigastrique, était d'une sonorité tympanique dans la position horizontale, et devenait mate à sa partie inférieure, quand on faisait asseoir la malade. M. Courtois-Suffit porta le diagnostic d'abcès gazeux sous-phrénique, et, le 6 août dernier, je pratiquai par là une longue incision sur le bord externe du grand droit, je trouvai un péritoine épaissi, jaunâtre, doublé d'une couche glutineuse, et j'ouvris immédiatement une vaste poche qui contenait, avec une abondante quantité de gaz fétides, un litre de pus brunâtre. Grand lavage et drainage de la cavité. A la fin du quatrième jour, la malade, dont l'état s'était grandement amélioré, fut reprise de fièvre, et très rapidement tomba dans le collapsus et succomba.

A l'autopsie, on trouva, au fond de la poche que nous avions ouverte, une perforation de la face antérieure de l'estomac, de la largeur d'une pièce de 1 franc ; et l'on découvrit, au fond de l'hypochondre gauche, près de la rate, réduite en bouillie, une seconde poche, de dimensions presque égales à celles de la première ; sur la face postérieure de l'estomac existait une seconde perforation, de la largeur d'une pièce de 20 centimes.

Ces perforations, quelquefois inaccessibles, comme dans le fait que je viens de citer, expliquent toutes les incertitudes du pronostic, même après l'intervention nécessaire. De fait, cette intervention se résume dans l'ouverture, le lavage et le drainage de ces abcès gazeux, et, si l'on a tenté, dans quelques rares observations, d'agir sur la perforation, les recherches et les manœuvres nécessaires seraient peu indiquées dans un pareil milieu, qu'on est trop heureux de trouver limité par des adhérences.

M. Ch. Monod. — J'apporte ma contribution à la discussion en cours, sous forme des deux observations suivantes :

Obs. I[1]. — *Pyo-thorax sous-phrénique. Perforation du diaphragme. Incision du 10e espace intercostal. Guérison.*

P..., jeune femme, 25 ans, blanchisseuse, entrée à l'hôpital Saint-Antoine, service du Dr Monod, le 29 novembre 1894.

[1] Observation rédigée d'après les notes de M. Beaussenat, interne de service.

Père mort de pneumonie ; mère vivante, migraineuse ; frère mort de convulsions à 2 ans et demi.

Elle-même a eu rougeole et blépharo-conjonctivite. Depuis son jeune âge, migraines.

Il y a deux ans, disparition des céphalalgies, et apparition de *douleurs gastriques* survenant un quart d'heure ou une demi-heure après chaque repas et s'accompagnant de vomissements. Ces douleurs sont localisées à l'épigastre avec un point vertébral à la même hauteur. Ce sont surtout les aliments acides qui les provoquent.

Jamais d'hématémèses. Quelquefois très légères hémophysies ; la malade du reste tousse un peu et s'enrhume facilement l'hiver.

Réglée à 22 ans, elle l'a toujours été fort mal, très irrégulièrement et très peu : en tout quatre à cinq fois dans ces trois ans.

Les *douleurs gastriques, habituelles depuis deux ans,* se sont *accentuées il y a quatre ou cinq mois* (juin 1894). A cette époque, qui paraît être celle de début de la maladie actuelle, ces douleurs se sont montrées très violentes, suivies, à chaque ingestion d'aliments, de vomissements.

Le 20 novembre, la malade est prise brusquement de douleurs plus vives encore, se diffusant rapidement dans tout l'abdomen, et suivies de ballonnement ; constipation, vomissements, fièvre, état typhoïde.

En même temps les règles surviennent.

La malade s'alite et entre à l'hôpital le 29 novembre dans un service de médecine.

1er decembre. — Passage en chirurgie, avec le diagnostic d'infection utérine consécutive à une fausse couche.

État actuel. — La malade très amaigrie, le facies vultueux, les yeux excavés, est dans un état de demi-torpeur, et répond mal aux questions qu'on lui pose.

Fièvre évidente. Temp. 39°. Langue collante, presque sèche.

Dyspnée, surtout au moindre effort ; il suffit d'essayer de la faire asseoir pour déterminer une grande gêne respiratoire.

Ventre ballonné, mais d'une façon un peu spéciale. On distingue en effet deux saillies : l'une supérieure, occupant la région épigastrique : l'autre inférieure, au-dessous de l'ombilic, séparée par une dépression transversale répondant à la région ombilicale.

La douleur, peu vive au-dessus de l'ombilic, est au contraire assez marquée au-dessous. Pas de point maximum.

Sonorité tympanique au niveau des deux saillies.

Rien d'appréciable dans la fosse iliaque, où la malade n'a d'ailleurs jamais spécialement souffert. Aucune lésion des organes du petit bassin.

Au thorax : on note à la base du poumon gauche et en arrière de la matité répondant aux deux dernières côtes et descendant un peu en dessous. *Pas de toux. Pas d'expectoration.*

On ne fait pas de diagnostic. Il semble qu'on soit en présence d'une grippe ou d'un état infectieux quelconque (les renseignements sur les

crises gastriques antérieures n'ont pu être obtenus qu'ultérieurement, après guérison de la malade).

2 décembre. — Même état.

4 décembre. — Le tympanisme sous-ombilical disparaît, ainsi que la contracture de cette portion des muscles droits de l'abdomen.

Le météorisme sus-ombilical persiste seul, avec saillie visible, et douleur assez vive à sa pression.

La matité a augmenté du côté gauche du thorax, en arrière et sur la ligne axillaire.

On songe à une pleurésie, peut-être purulente, et l'on fait une ponction exploratrice d'abord avec la seringue de Pravaz puis avec une aiguille de l'aspirateur Potain. Résultat négatif.

10 décembre. — L'état s'est sensiblement modifié. La malade s'est cachectisée très rapidement. Elle est anhelante et prostrée. Elle semble ne respirer que par la moitié droite de son diaphragme.

La tuméfaction sus-ombilicale est devenue grosse comme une tête de fœtus. Elle s'étend en hauteur de l'appendice xiphoide à l'ombilic, et transversalement 8 à 10 centimètres de chaque côté de la ligne médiane.

Sonore à la percussion, quand la malade est couchée, cette tuméfaction devient mate lorsqu'on la fait pencher en avant. Il s'y produit en outre, dans ce mouvement, un gargouillement manifeste. A l'auscultation, bruit hydro-aérique et même son métallique. Impulsion à la toux.

En arrière et latéralement, à la base du thorax, on perçoit ces mêmes signes de pyo-pneumo-thorax. Tout semble bien cependant se passer dans la région sous-diaphragmatique.

Anorexie absolue. Fièvre. Langue sèche.

Le *diagnostic* est désormais à peu près certain. Il doit s'agir d'une pyo-pneumo-thorax sous-phrénique.

L'état général de la malade est du reste tellement précaire que l'opération s'impose.

Opération le 14 décembre. — Au moment d'intervenir, on constate que la tuméfaction très tendue la veille s'est affaissée la nuit; elle existe à peine quand la malade est couchée.

Mais l'oreille appliquée en avant à l'épigastre perçoit toujours le phénomène dit de la succussion hippocratique, et le bruit d'airain, lorsqu'on frappe en arrière sur un corps métallique.

A la base du thorax en arrière, souffle amphorique très net; plus haut, souffle pleurétique.

La collection a du s'ouvrir dans la plèvre, à travers le diaphragme.

Ponction sur la ligne axillaire dans la dixième espace intercostal gauche; elle donne issue à pus et gaz, très fétides.

Incision le long du thorax. On pénètre dans une grande cavité, d'où s'échappe du pus fétide mélangé de gaz; cette cavité explorée se prolonge loin, en bas et en avant, dans la direction de la voussure épigas-

trique dépassant à droite la ligne blanche sur une étendue de quatre travers de doigt ; elle remonte moins haut du côté du thorax.

On sent nettement une ouverture irrégulière en forme d'éperon, qui sépare les deux départements, thoracique et abdominal, de la cavité.

La 9e côte est réséquée pour assurer une bonne évacuation.

Drainage dans les deux sens, en haut et en bas ; le drain abdominal beaucoup plus long que le thoracique.

Grand lavage à l'eau bouillie.

Pansement à la gaze iodoformée et à l'ouate, sans aucune tentative de réunion.

Suites des plus simples. Des lavages journaliers ou répétés tous les deux jours amènent une guérison relativement rapide sans incidents.

La malade, qui a vite repris des forces et de l'embonpoint, est envoyée au Vésinet, dans le courant de février 1895, complètement guérie.

Obs. II. — *Pyo-thorax sous-phrénique suite d'ulcère perforant de l'estomac. Rupture dans la plèvre et le poumon. Opération. Mort.*

T..., homme, 39 ans, musicien, entré le 1er juin 1896, dans le service de M. le professeur Hayem[1].

Père vivant, bien portant. Mère morte à 60 ans d'une maladie du foie. Cinq frères et sœurs bien portants. Lui-même marié; deux enfants morts en bas âge.

Enfance chétive. Vers 13 ou 14 ans, *douleurs d'estomac* qui durent environ six mois et le forcent à s'aliter pendant quatre à cinq mois.

Depuis lors, ces *douleurs gastriques* ont reparu à diverses reprises, tous les deux ou trois ans, en moyenne.

Depuis vingt-cinq mois, elles sont devenues plus fréquentes; il en compte depuis ce temps environ une quinzaine analogues à celles pour laquelle il entre à l'hôpital.

Ces crises sont très violentes, s'accompagnent de frissons et de vomissements ; elles éclatent sans cause appréciable, à n'importe quel moment du jour et de la nuit.

Les vomissements sont jaunes-verdâtres, glaireux. Il y a six mois, dans une crise plus violente, ils ont été noirs ; les selles étaient noires également (phénomènes que le malade avait du reste déjà remarqués auparavant).

Pyrosis habituel ; diminue depuis six mois grâce à l'usage de bicarbonate de soude dans la boisson.

Depuis l'âge de 30 ans, le malade boit un peu plus que de raison ; un litre de vin environ par jour, et deux ou trois absinthes. A diverses reprises, véritables excès de boisson. Il a eu des rêves professionnels, des cauchemars, des crampes dans les mollets et des pituites le matin. Depuis quelques mois ne prend plus que du lait.

Pas de syphilis avouée, ni trace appréciable. Blennorrhagie à 18 ans.

[1] Je dois les renseignements qui suivent à M. le professeur Hayem.

Début de la maladie actuelle. — Début le 28 mai, à la suite de fatigues inaccoutumées, par crampes, frissons et vomissements dans la nuit.

Ces vomissements se renouvellent pendant les quatre jours qui suivent, jaunâtres, verdâtres, grisâtres, glaireux, pas trace de sang. Constipation absolue. Entré à l'hôpital le 1er juin.

Etat actuel. — Homme amaigri, face couverte de sueurs visqueuses, nez pincé, narines pulvérulentes, yeux excavés, cerclés de bistre et brillants. Fièvre légère (38°); pouls petit, rapide.

Il attire immédiatement l'attention du côté du ventre. Celui-ci est tendu, dur, tympanisé; remarquablement sensible à la palpation, surtout à l'épigastre.

Il a de plus une douleur continue, présentant les caractères de la douleur en broche, avec point épigastrique et point postérieur symétrique, irradiant vers l'épaule gauche.

La respiration semble exclusivement costale (type costal supérieur) l'abdomen n'étant animé d'aucun mouvement inspiratoire et expiratoire; le diaphragme restant par conséquent absolument immobile.

Aucun signe stéthoscopique à l'examen de la poitrine, en avant du moins; le malade, à cause de sa douleur épigastrique, se refusant à tout changement de position, il n'a pu être ausculté en arrière.

Rien au cœur. Urines sans sucre ni albumine.

Traitement. — Glace à l'intérieur et en applications locales. Un litre et demi de lait par gorgées. Lavement (qui provoque une garde-robe assez abondante).

Marche du 1er au 6 juin. — A peu près même état. Pas de vomissements. Pouls rapide (100 à 120), petit. Temp. 37°,5 à 38°. Mêmes douleurs à l'épigastre empêchant l'exploration.

7 juin. — La température s'élève à 39° le soir; pouls 120. La région épigastrique est le siège d'un gonflement notable. Elle est toujours très douloureuse à la pression. La percussion y dénote un certain degré de matité.

12 juin. — L'exploration de l'épigastre est moins douloureuse. Le malade peut s'asseoir.

A l'examen de la partie postérieure du thorax, on note à la base droite de la submatité, la disparition des vibrations, la diminution du murmure vésiculaire et de l'égophonie. De plus, toute cette région est douloureuse à la percussion. Dyspnée assez intense (36 r.). Pouls 124. Temp. 38,7.

18 juin. — A l'épigastre, à égale distance à peu près de l'ombilic et de l'appendice xiphoïde, on trouve une zone de matité, de deux travers de doigt de haut; c'est à ce niveau que la douleur est la plus vive.

A la base du poumon droit, zone de matité occupant les deux derniers espaces intercostaux, avec abolition des vibrations; souffle pleurétique, pectoriloquie aphone et égophonie.

20 juin. — L'état du malade devient plus mauvais; il est très amai-

gri. Le pouls est petit, très rapide, presque incomptable. Temp. 38°,8 le matin, 39°,6 le soir.

20 juin. — Après une quinte de toux extrêmement violente, le malade crache et vomit (?) du pus en abondance : à peu près deux crachoirs pleins, soit environ 400 grammes de 10 h. à midi. Fétidité remarquable de l'expectoration et de l'haleine.

Diarrhée assez abondante, fétide. Temp. 38°,6 matin, 39°,8 soir.

22 juin. — L'état général devient très mauvais. Il y a eu de nouvelles vomiques aussi abondantes que les précédentes.

Le malade se plaint d'une dyspnée intense; on note en effet 53 resp. à la minute.

Pouls rapide (150), régulier, assez fort. La température s'est abaissée à 37°,5. Diarrhée abondante, fétide.

23 juin. — L'examen du thorax montre en arrière une matité complète à la base, sur une hauteur de deux travers de doigt; au-dessus, submatité remontant jusqu'à l'angle de l'omoplate.

A l'auscultation : souffle à la base, égophonie, tintement métallique.

A l'épigastre, la tuméfaction a disparu; la palpation de la région est moins douloureuse. Temp. 39°,2. Vomique de 300 grammes de pus fétide. Diarrhée.

24 juin. — Une ponction capillaire, faite au niveau du tiers inférieur du thorax, et en arrière, donne issue à un liquide louche, pas franchement purulent.

A l'auscultation, on entend, au niveau du tiers moyen du poumon du souffle amphorique, de l'égophonie, quelques râles sous-crépitants, et de la succussion hippocratique.

Le malade est envoyé en chirurgie.

25 juin. — Le malade, arrivé de la veille, est examiné par M. Monod qui, outre les signes stéthoscopiques consignés ci-dessus, constate que la saillie épigastrique, bien que moins considérable qu'elle ne l'a été, existe toujours.

Ce n'est cependant pas de ce côté qu'il croit devoir aborder la collection, mais du côté du thorax où les signes cavitaires prédominaux.

Opération. — Elle est pratiquée d'urgence, en dépit du fâcheux état général du malade.

La ponction exploratrice, faite dans le service de M. Hayem, est renouvelée, dans le 7e espace intercostal, un peu en arrière de la ligne axillaire. Elle est blanche ou du moins de l'air seulement pénètre dans le corps de pompe. L'aiguille, qui est une lonque aiguille de l'appareil Potain, est alors enfoncée plus profondément, et un peu de pus apparaît dans la seringue.

Cela suffisait pour poursuivre dans cette voie. M. Monod croit cependant plus prudent de faire l'ouverture de la plèvre un peu au-dessous du point de ponction. L'incision est pratiquée dans le 8e espace intercostal, en rasant le bord supérieur de la 9e côte.

La plèvre ouverte, il s'écoule un peu de liquide trouble, pas de pus; l'air entre et sort de la plaie avec bruit, à chaque mouvement respiratoire.

Le doigt introduit dans la cavité thoracique sent nettement le poumon dur, résistant, comme hépatisé à la partie supérieure de l'ouverture. Une aiguille aspiratrice est enfoncée dans cette partie dure, et cette fois le pus arrive en notable quantité dans l'aspirateur.

Le point ponctionné est largement mis à découvert par la résection de la 8e côte sur une étendue de 5 à 6 centimètres. On aperçoit alors nettement au fond de la plaie le poumon dur, immobile, recouvert d'une plèvre blanchâtre épaissie, qui se laisse détacher avec le doigt.

Perforation en ce point du poumon avec le couteau de thermo-cautère ; il faut enfoncer la lame de 3 centimètres environ pour pénétrer dans la cavité et voir le pus sourdre à l'extérieur.

Cette ouverture est agrandie avec le thermo-cautère d'abord, puis avec les doigts, qui se joue alors à l'aise dans une vaste cavité d'où s'écoule des flots de pus fétide. La quantité de pus augmente à mesure que l'ouverture est agrandie ; il sort plus abondamment encore lorsque l'on incline le malade sur le côté droit.

Les bords de la cavité pulmonaire sont fixés aux parois molles (peau non comprise) par quatre ou cinq gros fils de catgut. Pas d'injection.

Le doigt explorant la cavité constate que son grand diamètre est horizontal et qu'elle pouvait se diriger vers l'épigastre. Le grand trocart de Chassaignac s'y promène à l'aise sans qu'on puisse arriver à en sentir l'extrémité à l'épigastre.

Mais toute la région hépatique est redevenue sonore ; la poche s'étend donc derrière la face postérieure des dernières côtes.

Deux gros drains, longs de 15 centimètres, sont aisément enfoncés dans la cavité et fixés à la paroi ; le pus sort toujours en abondance.

Le malade est pansé à l'ordinaire et reporté à son lit.

Il était très déprimé; pouls petit, face pâle.

Malgré les soins qui lui furent donnés dans la journée : injections sous-cutanées de sérum, injection de caféine, etc., il fut impossible de le remonter. Mort sans réaction, à 8 heures du soir, le même jour.

Autopsie. — L'autopsie établit l'existence d'une vaste collection purulente abdominale et thoracique, communiquant à travers une large perforation du diaphragme.

La poche thoracique occupait à la fois la plèvre et la base du poumon ; la poche abdominale, limitée par des adhérences, était en contact direct avec une perforation de l'estomac siégeant au niveau de la petite courbure.

Cette poche contenait encore un peu de pus ; la poche thoracique était complètement vide.

Mais il y avait en outre, au-dessous du foie, un autre foyer considérable rempli d'un liquide purulent, épais ; ce foyer, nettement limité par des fausses membranes tapissant le tissu hépatique et agglutinant les anses intestinales entre elles, était sans communication apparente avec la cavité purulente thoraco-abdominale. Il n'est cependant pas douteux que ces deux collections purulentes ne dussent être rattachées l'une et l'autre à la même cause, à la lésion stomacale.

Peut-être existait-il sur l'estomac, comme dans le cas de M. Lejars, une seconde perforation qui a passé inaperçue?

Remarques. — Vous me permettrez, à propos de ces deux observations, de vous présenter quelques remarques relatives à la *dénomination* sous laquelle cette variété d'abcès est communément désignée, aux *causes* qui les provoquent, aux *difficultés* de leur *diagnostic*, au *traitement* qu'il convient de leur opposer, à leur *pronostic* enfin, toujours réservé, moins sévère cependant qu'autrefois. Non que je veuille refaire ici, même simplement esquissée, l'histoire de l'affection. Je me bornerai à tirer des faits que j'ai observés, sur les divers points que j'indique, les enseignements qu'ils me paraissent comporter.

Dénomination. — L'affection désignée aujourd'hui sous le nom d'*abcès sous-phrénique* a été bien décrite pour la première fois par Leyden (1879) sous celui de *pyo-pneumo-thorax sous-phrénique.* Presque à la même époque, Cossy, en France, attirait l'attention des cliniciens sur certaines collections sous-diaphragmatiques, pour lesquelles il proposait le nom de *faux pneumo-thorax.*

Ces deux auteurs mettaient par là en relief une circonstance, expressément notée dans mes deux cas, comme dans ceux qui vous ont été rapportés par MM. Michaux, Tuffier, Jalaguier, Routier, et dans bien d'autres, à savoir que les phénomènes *thoraciques* constatés par l'auscultation et la percussion prennent une importance telle qu'ils peuvent donner le change et faire croire à une lésion du poumon ou de la plèvre.

Il est vrai que la présence de gaz dans ces collections est loin d'être constante — 61 fois seulement sur 176 cas, dans la statistique de Lang[1].— C'est même sans doute pour cette raison que les dénominations proposées par Leyden et Cossy ont été abandonnées. Il aurait suffi cependant dans l'appellation choisie par Leyden de supprimer le mot *pneumo*, de dire, par conséquent, *pyo-thorax sous-phrénique*, pour que le nom imposé à la maladie correspondît à la grande majorité des faits.

Cette expression de *pyo-thorax sous-phrénique*, à laquelle je propose de revenir, a l'avantage de rappeler le siège de la collection dans la partie *thoracique* de l'abdomen, ainsi que les signes stéthoscopiques qui découlent de ce fait.

Je ne me flatte pas de réformer sur ce point le langage actuel. Le mot d'*abcès sous-phrénique* est plus court, il donne une idée juste du siège occupé par le mal ; il sera sans doute conservé. J'ai

[1] Lang (J.), Ueber sub-phrenische Abscesse (*Thèse inaug.* Moscou, 1895).

tenu du moins à montrer les raisons qui justifient la désignation, pour moi préférable, de *pyo-thorax sous-phrénique*.

J'accorde, du reste, que la chose n'a pas grande importance.

Causes. — Chez mes deux malades, le point de départ de la collection purulente paraît avoir été une lésion de l'estomac. Il en était certainement ainsi, comme l'autopsie l'a démontré, chez la seconde ; et l'histoire pathologique de la première, les crises gastriques répétées dont elle avait souffert permettent de supposer que chez elle les accidents aigus qui l'avaient amenée à l'hôpital avaient une semblable origine.

L'examen des faits montre du reste que ce cas est fréquent. Dans le relevé déjà cité de Lang, l'abcès phrénique est 31 fois rapporté à une lésion évidente de l'estomac.

On peut ajouter avec M. Besredka[2] que, dans le nombre relativement grand de cas où la cause déterminante de la lésion est déclarée inconnue, l'étude des antécédents du malade porte à penser que l'estomac pouvait être mis en cause, alors même que l'autopsie est demeurée, à cet égard, négative.

Il n'est pas nécessaire, en effet, pour qu'un abcès sous-phrénique se forme, que la paroi stomacale soit perforée ; les lésions non ulcéreuses de l'estomac peuvent, elles aussi, probablement par voie lymphatique, y donner lieu.

Lorsque l'on recherche quelles sont, après les lésions stomacales, les causes les plus fréquentes des collections suppurées sous-phréniques, on est étonné de leur multiplicité : lésions du foie, des voies biliaires, de la rate, du duodénum, des autres parties de l'intestin, de l'appendice iléo-cœcal, des reins, voire même des organes génitaux de la femme, sans parler de la péritonite sous-diaphragmatique, ordinairement tuberculeuse, et de quelques faits où l'affection paraît avoir succédé à un traumatisme.

Il semble qu'à l'étage supérieur de l'abdomen, comme à l'étage inférieur (petit bassin), le pus puisse se collecter à la suite de la lésion d'un organe quelconque contenu dans la cavité abdominale ; les suppurations pelviennes restant cependant infiniment plus fréquentes.

Ne conviendrait-il pas d'établir des distinctions entre ces faits qui ne sont pas tous superposables, de séparer, par exemple, ce qu'on pourrait appeler les vrais abcès sous-phréniques nés sous le diaphragme et y évoluant sur place, de ceux où l'on ne peut voir qu'une complication de lésions éloignées et plus importantes ?

Mais une semblable division ne correspondrait pas à la réalité cli-

[1] Besredka (Ch.), Abcès sous-phréniques; étude clinique et pathologique (*Thèse de Paris*, 1897).

nique. Il faut reconnaître, en effet, que le fait seul de la présence d'une collection limitée à la face inférieure du diaphragme donne lieu à un ensemble de signes et d'accidents qui ont leur physionomie propre et caractéristique et qui réclament une thérapeutique particulière ; ou, en d'autres termes, que le pyo-thorax sous-phrénique, quel que soit son point de départ, constitue vraiment une entité morbide qui a sa place dans le cadre nosologique.

Il n'en reste pas moins, qu'au point de vue de leur origine, il sera loisible de grouper les faits en deux catégories : ceux où la suppuration se rattache à la lésion d'un organe voisin (estomac, foie et voies biliaires, duodénum, rate) et ceux où elle résulte de la propagation à distance de l'inflammation d'un organe qui n'est pas en relation directe avec l'espace sous-diaphragmatique (rein, intestin, appendice, organes génitaux de la femme), ces derniers moins nombreux que les premiers.

Diagnostic.— Je ne serai certes pas le premier à faire remarquer que le diagnostic du pyo-thorax sous-phrénique est difficile.

Il est loin cependant d'être impossible. On ne saurait à cet égard trop rappeler l'observation déjà ancienne de Barlow, qui, en 1845, affirmait devant ses élèves, et contre l'avis des meilleurs, que chez un de ses malades, la collection purulente et gazeuse, placée par eux dans la plèvre, était en réalité sous-diaphragmatique. Il s'appuyait, pour défendre son opinion, sur l'absence de signes pulmonaires antérieurs, et surtout sur l'existence évidente d'une cavité contenant des gaz, située au-dessous d'une région où se retrouvaient tous les signes d'un épanchement pleural; la sonorité amphorique se prolongeait de plus au-dessous des fausses côtes.

Ce fait passa inaperçu. Ce n'est que depuis le mémoire de Leyden que l'affection, mieux étudiée, est plus souvent reconnue sur le vivant.

Je ne redirai pas ici comment, en analysant avec soin les signes fournis par la percussion et par l'auscultation, on peut arriver à affirmer que le pus siège au-dessous et non au-dessus du diaphragme. Aussi bien ces signes qui, même pour un médecin, peuvent être d'une interprétation difficile, seront-ils bien souvent, pour nous chirurgiens, de peu de secours.

On pourrait même soutenir que ce sont eux qui obscurcissent le diagnostic, puisque c'est en donnant à certains d'entre eux une trop grande importance ou une fausse signification que l'on est parfois conduit à croire à une lésion de la plèvre ou des poumons.

C'est d'un autre côté que viendra la lumière. Thoracique en apparence, l'affection est en réalité abdominale, elle doit donc se révéler à un examen attentif par quelque signe extra-thoracique.

On devra du moins, dans les cas douteux, rechercher tous les indices permettant de reconnaître que la cavité abdominale ou les viscères contenus prennent ou ont pris une part quelconque à l'évolution de la maladie.

Parfois, cette participation saute pour ainsi dire aux yeux. Il en était ainsi dans une observation de M. Campenon, rapportée par Besredka[1], dans celle que vient de nous communiquer M. Lejars, dans les deux miennes. Dans ces quatre faits existait au creux hypogastrique une saillie évidente, tantôt mate, tantôt d'une sonorité exagérée, qui devait, dans l'ensemble symptomatique et dans la discussion du diagnostic, prendre le pas sur les phénomènes pseudo-thoraciques concomitants.

Lorsque l'examen direct de l'abdomen ne révèle aucune particularité de ce genre, le pus restant confiné à la face inférieure du diaphragme, on aura encore la ressource des renseignements fournis par l'interrogation minutieuse du malade et par l'exploration des autres régions du ventre. On pourra ainsi être mis sur la trace d'une affection viscérale antérieure, à laquelle on peut raisonnablement rattacher les accidents actuels.

J'ai déjà insisté sur l'importance, à ce point de vue, chez mes deux malades, des crises gastriques dont ils souffraient depuis longtemps. Chez celui de M. Jalaguier, certains phénomènes constatés dans la fosse iliaque droite lui firent penser que la collection supposée thoracique pouvait être rattachée à une appendicite. On cherchera de même à dépister quelque lésion préexistante du foie, des voies biliaires, des reins, etc. On sera ainsi conduit à analyser de plus près les signes constatés à la base du thorax et à les rapporter à leur véritable cause.

Traitement. — La nécessité d'une intervention précoce ressort nettement de la lecture de mes deux observations. En agissant plus tôt, j'eusse chez l'un de mes malades évité la perforation du poumon, chez l'autre peut-être la mort n'eût-elle pas suivi. Je dois, pour ma défense, rappeler que ce dernier malade fut opéré le jour même où il me fut adressé.

Je n'insiste pas sur ce point. Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que, dans cette région, comme dans toute autre, dès que la présence du pus est reconnue, il faut lui donner issue. Si l'on tarde encore quelquefois, c'est que le diagnostic reste en suspens.

Deux voies peuvent être suivies pour pénétrer dans la collection : la voie thoracique et la voie abdominale. Les faits montrent (statistique de Lang) que l'une et l'autre donnent un égal nombre de

[1] Besredka, *thèse citée*, p. 51.

succès. C'est donc par des considérations d'un autre ordre que l'on devra se laisser guider pour faire choix entre elles.

Dans certains cas, l'hésitation n'est pas permise. Chez le malade de M. Campenon, par exemple, il existait d'une part une tuméfaction évidemment fluctuante dans la région sus-ombilicale, soulevant les fausses côtes, et sur la nature de laquelle aucun doute n'était possible, et, d'autre part, une dyspnée excessive, mais d'ordre purement mécanique, ni râles, ni frottements, aucun signe d'épanchement thoracique, Une large incision faite sur la ligne médiane donna issue au pus et fut rapidement suivie de guérison.

Mais les faits de ce genre sont exceptionnels. Il est bien rare, comme je le disais en commençant, que l'attention ne soit pas en même temps attirée par des phénomènes accusant une collection à la base du thorax. Il me semble que dans ces conditions, et à moins qu'une collection évidente bombant à l'épigastre n'invite à une ouverture abdominale, il vaut mieux essayer d'atteindre le foyer à travers le gril costal, en réséquant au besoin une ou deux côtes pour se donner un jour suffisant. Il se peut qu'il faille joindre à cette incision thoracique une contre-ouverture abdominale. L'histoire de mon premier malade, qui a bien guéri, montre que cette précaution n'est pas absolument nécessaire.

Je trouve à la voie thoracique cet autre avantage que le diagnostic n'étant pas toujours assuré, on peut par ce moyen donner toujours issue au pus, qu'il soit sus ou sous-diaphragmatique.

Pronostic. — Le pyo-thorax sous-phrénique est une affection grave, mais non nécessairement mortelle. Mes deux observations souligneraient, si besoin était, ces deux propositions.

Ce que je me contenterai d'ajouter, c'est que ce pronostic est moins sévère aujourd'hui qu'il ne l'était il y a quelques années.

Dans l'intéressante communication que le professeur Debove[1] faisait à ce sujet à la Société médicale des hôpitaux en 1890, notre collègue se félicitait de pouvoir citer un fait de guérison, celui du malade qu'il avait observé, en regard des 19 autres cas recueillis par lui, tous terminés par la mort.

Depuis lors, les choses ont changé. Dans la statistique dressée par Lang, si les guérisons des malades non opérés ne s'élèvent pas au-dessus de 12,3 0/0, celles des opérés atteignent la proportion de 47,9 0/0. C'est encore plus de la moitié de morts. Nul doute que ce chiffre de mortalité ne s'abaisse encore à mesure que l'on saura mieux reconnaître à temps la présence du pus et lui donner prompte-

[1] Debove et Rémond (de Nantes), Des abcès gazeux sous-diaphragmatiques par perforation des ulcères de l'estomac (*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, séance du 24 octobre 1890, p. 811).

ment issue. La présente discussion contribuera sans doute à hâter ce bon résultat.

Discussion sur l'hystérectomie abdominale.

M. Ricard. — Dans la discussion qui s'est engagée sur l'hystérectomie abdominale totale pour fibromes, deux côtés me semblent être envisagés : l'un ayant trait aux méthodes opératoires elles-mêmes, l'autre aux détails de leur technique.

Je serais mal venu à prendre à nouveau la défense de l'hystérectomie abdominale totale, puisque je l'ai déjà fait il y a deux ans à l'occasion d'une première communication de M. Richelot sur un procédé qu'il avait trop hâtivement baptisé *définitif*. A cette époque, quelques rares collègues, MM. Schwartz, Routier, Tuffier, Quénu et moi avions été, devant cette Société, les seuls défenseurs de l'hystérectomie franchement abdominale. L'année suivante, au Congrès annuel de chirurgie, le nouveau procédé était préconisé par MM. Terrier, Poirier, Pozzi, Delbet, et depuis il a été progressivement adopté par un grand nombre de nos collègues, ainsi qu'en témoigne la dernière session du Congrès qui vient de finir. J'étais donc dans le vrai, lorsque je disais : « Cette opération, qui a conquis dès aujourd'hui son droit de cité, est, pour les fibromes, l'opération que l'avenir rendra classique. » Aujourd'hui nous enregistrons la tardive mais précieuse conversion de M. Richelot, qui a définitivement abandonné son procédé définitif.

Ce qui ressort donc nettement de la discussion en cours, c'est que l'hystérectomie abdominale totale est devenue le procédé de choix dans la cure chirurgicale des fibromes et que tous les procédés à pédicule rentré ou à pédicule sorti ne sont plus que des procédés d'exception ou de nécessité imposés par des circonstances anormales et imprévues.

Le deuxième point qui se dégage de la communication de notre collègue porte sur des détails de technique.

J'ai déjà une assez grande expérience de l'hystérectomie abdominale totale pour fibromes; le procédé que je continue à employer et que j'ai décrit tout au long au Congrès de chirurgie de 1896, est loin de m'être personnel; il est, comme je l'ai dit, « fait d'emprunts aux uns et aux autres » et il appartient à cette grande catégorie de procédés utilisant l'hémostase préalable avant l'extirpation même de l'utérus.

C'est qu'à vrai dire il n'y a que deux procédés d'hystérectomie abdominale totale : l'un sans hémostase préalable; l'autre avec hémostase comme premier temps opératoire.

Dans le premier de ces procédés, le chirurgien va droit à l'utérus sans s'inquiéter des artères, et le ventre ouvert, le vagin incisé, l'utérus est saisi, attiré, décollé de son péritoine, comme un animal qu'on retire de sa peau. L'hémostase se fait ensuite.

Ce procédé appartient en propre au docteur Doyen. Il est rapide, brillant, mais s'adresse surtout aux fibromes simples, mobiles, sans enclavement, sans complication, à ceux, en un mot, qu'on aime à enlever en public.

L'autre catégorie comprend tous les procédés où le chirurgien a recours préalablement à l'hémostase avant de procéder à l'extirpation de l'utérus. Qu'on attaque l'utérine en avant, comme M. Richelot le propose; en arrière, comme le veulent quelques chirurgiens; sur les côtés, d'après la méthode américaine, peu importe. Ce ne sont là que des sous-procédés sans importance aucune; chaque chirurgien arrivant à avoir sa technique un peu particulière dès qu'il a pratiqué un certain nombre de fois une même opération.

Aussi j'attache peu d'intérêt aux détails que nous a communiqués notre collègue, je les accepte comme excellents; mais ils ne constituent qu'une des mille manières de faire particulières à chacun de nous.

Je note seulement, avec satisfaction, que notre collègue, M. Richelot, est aujourd'hui plus familiarisé avec l'artère utérine qu'il ne l'était il y a deux ans. A cette époque, il n'était pas très persuadé que je connusse l'artère utérine et se demandait si j'avais bien eu affaire à elle dans mes hystérectomies. « Bien qu'il ne *soit pas facile* de prendre l'utérine, disait M. Richelot (page 460 de nos *Bulletin*, année 1895), M. Ricard ne craint pas trop cette artère qu'il a vue saigner avec modestie et qui lui a laissé le temps d'agir pour le mieux. Je pense qu'il a eu affaire à une branche de l'utérine plutôt qu'à l'artère elle-même et je l'engage à ne pas trop s'y fier ».

Je n'ai pas oublié ces bienveillants conseils d'un ancien à un nouveau venu dans la Société : je dois avouer cependant ils m'avaient laissé quelque peu perplexe, me demandant comment j'avais pu enlever l'utérus sans couper l'utérine. Aujourd'hui, notre collègue voit plus facilement cette artère. « Le doigt, dit-il, en décollant le péritoine, met à nu le tissu paramétritique au milieu duquel *on voit par transparence* l'artère utérine... Une première pince saisit le bord supérieur du ligament (large), la dernière saisit l'utérine. »

Notre collègue admet donc, et il est utile de dire combien je suis de son avis, qu'on reconnaît, saisit et lie l'artère utérine avec une certaine facilité. L'explication de ses deux opinions si divergentes est facile à fournir. Les conseils que M. Richelot me prodiguait étaient des meilleurs, s'adressant à un chirurgien qui, attaquant

l'utérus par la voie vaginale, a laissé échapper l'artère au fond d'un vagin étroit, encombré et profond. Mais il n'en est pas de même — M. Richelot le reconnaît maintenant — quand, méthodiquement et de parti pris, on va droit à l'utérine dans une région visible et avec un champ opératoire largement ouvert comme celui que fournit la laparotomie.

Ceci dit, le procédé qu'est venu nous faire connaître notre collègue est excellent par lui-même, mais a besoin d'être à chaque instant modifié suivant les variétés de forme, de volume et de siège des fibromes. S'adressant aux fibromes schématiquement simples, il ne vaut pas mieux que les autres procédés d'hystérectomie avec hémostase préalable à la suite desquels il vient se classer, en son temps.

La dernière partie de la communication de notre collègue vise l'hystérectomie appliquée à la cure des annexites graves. L'expérience de chacun de nous est encore bien minime pour qu'une discussion approfondie puisse naître sur ce sujet. Nous en sommes encore réduits à échanger nos manières de voir à cet égard.

Je n'ai pratiqué qu'une seule fois l'hystérectomie pour un cas des plus complexes de suppuration pelvienne. Mon plan opératoire a été dominé par cette règle générale qui, hors les cas simples, doit guider tout hystérectomiste abdominal : faire d'abord l'hémostase, attaquer ensuite le vagin et l'utérus.

Or, faire l'hémostase dans ces cas complexes et graves — les seuls suivant moi auxquels doit s'adresser l'hystérectomie abdominale — me semble d'une exécution bien différente du procédé réglé et séduisant que nous ont montré les dessins, trop schématiques, de notre collègue.

Ce temps préalable, qui consiste à assurer l'hémostase, est quelquefois, souvent même, le plus délicat et le plus long de l'opération : il faut dégager des adhérences, disséquer l'intestin, ponctionner, évacuer et même extirper des poches purulentes ou hématiques, morceler et enlever des fibromes enclavés, en un mot faire sa route plus ou moins péniblement vers l'artère utérine. C'est quelquefois à travers l'utérus lui-même qu'il faut tailler pour aller à l'artère et notre collègue, M. Picqué, doit se rappeler d'un cas complexe où j'ai dû suivre cette pratique pour mener à bien une opération difficile.

C'est un procédé analogue que notre distingué collègue, M. Faure, dans une publication récente, vient de décrire quand il recommande l'hémisection utérine comme premier temps de l'hystérectomie abdominale pour annexite suppurée.

Si donc l'on réserve l'hystérectomie pour annexites aux cas graves, qu'on ne juge pas justiciables de l'hystérectomie vaginale

ou de la simple salpingectomie, je ne vois encore pour l'exécution de l'opération que des règles générales; les petits détails devant être à chaque instant modifiés suivant l'infinie variété des lésions. Et, jusqu'à plus ample informé, ma conduite sera la suivante :

Le ventre ouvert, aller à l'utérine, *du côté le moins atteint,* par la voie la plus rapide et la plus sûre, quelle qu'elle soit. L'utérine liée, ouvrir le vagin, faire basculer l'utérus latéralement, prendre l'autre utérine par en dessous et ensuite décortiquer de bas en haut; l'utérus entraînant les lésions annexielles et rendant, comme M. Richelot l'a fort bien vu, la décortication beaucoup plus facile.

C'est dire que ce procédé américain doit nous servir de guide, quitte à nous en écarter plus ou moins suivant les cas particuliers. Il est incontestable, d'ailleurs, que la technique actuelle n'en est qu'à ses premiers essais, et qu'il appartient à l'avenir de la perfectionner.

M. Peyrot. — J'ai relevé sur mes registres de l'hôpital Lariboisière les opérations d'hystérectomie abdominale pratiquées dans mon service par mon assistant ou par moi-même pour des fibromes utérins ; elles sont au nombre de 43.

La première remonte au 8 mai 1892. Tout d'abord, encore habitué à la pratique ancienne de l'extériorisation du pédicule, je suivis cette vieille méthode.

Obs. I. — Il s'agissait d'une femme de 28 ans, opérée en octobre 1891 pour une double ovaro-salpingite suppurée. Un fibrome utérin de la grosseur du poing à peine fut découvert au cours de l'opération. On se contenta de l'ablation des annexes, dans l'espoir que le fibrome s'atrophierait. Mais, au contraire, après cette intervention le ventre se développa rapidement.

Le 8 mars 1892 la laparotomie est pratiquée de nouveau. On trouve l'utérus gros comme une tête de fœtus à terme ; mais autour de lui de nombreuses poches formées par des adhérences épaisses limitent des cavités contenant un épanchement séreux. L'une de ces cavités, placée en arrière de l'utérus, offre une capacité d'au moins 1200 grammes. Les ligaments larges sont infiltrés et épaissis. L'intestin grêle, le gros intestin, la paroi abdominale adhèrent de toutes parts à la tumeur ou aux ligaments larges. Le tout forme un vrai bloc. L'opération rencontre des difficultés extrêmes et dure deux heures un quart. L'utérus est attiré au dehors et sectionné après fixation du col à la paroi.

La malade succombe le 8e jour après l'opération.

Obs. II. — *Opération* du 27 avril 1892. On avait pratiqué la laparotomie avec la pensée de faire simplement l'ablation d'une tumeur bien pédiculée que l'on sentait nettement dans l'abdomen. C'était un fibrome inséré sur la corne gauche de l'utérus et gros comme les deux poings. Mais à côté de lui l'utérus lui-même fut trouvé volumineux, hérissé de

fibromes multiples, on l'enleva après avoir fixé sa partie inférieure dans la paroi abdominale.
La malade guérit sans incident.

Après cette opération, je n'ai plus jamais fixé le pédicule au dehors. Pendant un certain temps, j'ai appliqué régulièrement la technique suivante : la tumeur étant amenée au dehors et diminuée au besoin par l'énucléation d'un gros fibrome, je liais et sectionnais des deux côtés le ligament large; j'incisais ensuite en avant par un trait transversal, aux ciseaux ou au bistouri, le péritoine et la partie superficielle de la tumeur d'un ligament large à l'autre et je jetais enfin sur le pédicule que je formais ainsi en arrière de la vessie, soit une ligature élastique, soit un fort fil de soie passé à travers les tissus au moyen d'une grande aiguille de Reverdin. Restait à sectionner l'utérus, à traiter la portion de cavité utérine devenue visible au-dessus de la ligature et à rabattre le lambeau utéro-vésical. Le péritoine était fermé soigneusement par un surjet à la soie, souvent par deux surjets superposés.
J'ai successivement opéré de cette façon :

Obs. III. — F..., femme L..., 50 ans. *Opération* le 19 octobre 1892. Fibrome volumineux, 3^{kg},940, adhérent à l'S iliaque.
La malade est guérie le 10 novembre.

Obs. IV. — L... (Marie), 44 ans. *Opération* le 27 octobre 1892. Fibrome de 2^{kg},390.
Sort guérie le 20 novembre.

Obs. V. — B... (Zélie), 44 ans. *Opération* le 10 novembre 1892. Gros fibrome utérin et fibrome séparé dans le ligament large. Ligature du pédicule à la soie.
Sort guérie le 11 décembre.

Obs. VI. — S..., 34 ans. *Opération* le 22 décembre 1892. Désunion des kystes ovariens bilatéraux, de volume énorme (plus de 20 litres); on trouve un utérus fibromateux que l'on enlève à la façon ordinaire. Il pèse 770 grammes. Les poches kystiques pèsent 1^{kg},300.
La malade sort guérie le 27 janvier.

Obs. VII. — B... (Céline), 52 ans. *Opération* le 27 décembre 1892. Fibrome de 2^{kg},800.
Sort guérie le 3 février 1893.

Obs. VIII. — W... (Marie), 46 ans. *Opération* le 16 novembre 1893. Fibrome colossal de 13^{kg},730. Opération rapide et simple.
Mort le lendemain 17 novembre, dans la soirée.

Cette malade se trouvait, au moment de cette opération, dans un état de faiblesse extrême. Depuis dix-huit mois je l'engageais à

se laisser opérer. Elle était empêchée de suivre mon conseil par son entourage médical. La mort est survenue par urémie au bout de vingt-quatre heures. Les reins étaient presque complètement désorganisés par la néphrite interstitielle.

Obs. IX. — N... (Louise), 45 ans. *Opération* le 7 août 1894. Fibrome de 830 grammes.

Sort, sur sa demande, le 17 août en bon état.

Obs. X. — L... (Françoise), 46 ans. *Opération* le 20 juin 1895. Fibrome volumineux remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le poids n'est pas indiqué ; mais il dépassait certainement 1500 grammes.

Opération très simple, ligature à la soie d'un mince pédicule utérin. Accidents de cellulite pelvienne par suite probablement de sphacèle du moignon ; rien au péritoine. Le moignon est enlevé secondairement le 10 juillet, mais trop tard, et la malade succombe le 12 juillet, 22 jours après l'opération.

Obs. XI. — P... (Valérie), 46 ans. *Opération* le 28 juin 1895. Fibrome de 3 kilos. Pédicule très petit et très court lié à la soie.

Sort guérie le 17 août.

A ces 11 cas se borne ma pratique hospitalière de l'hystérectomie à pédicule perdu sous le péritoine. Une série heureuse de 7 cas, car le décès constaté dans l'observation VIII ne pouvait guère entrer en ligne de compte, m'avait inspiré d'abord une grande confiance dans cette méthode. L'insuccès constaté dans l'observation X me donna à réfléchir. Peut-être, en pratiquant plus tôt l'ablation secondaire du col, aurait-on pu empêcher l'issue fatale ; ce n'en était pas moins un insuccès pour une cause qui pouvait faire sentir de nouveau son influence.

Mais déjà plusieurs fois, dans les années précédentes, j'avais, d'une façon accidentelle presque toujours, pratiqué des ablations totales.

Obs. XII. — V... (Marie), 26 ans. *Opération* le 22 octobre 1892.

Il s'agissait d'un énorme fibrome de 5^{kg},200. On avait commencé l'opération avec l'idée de faire un pédicule utérin que l'on recouvrirait par le péritoine. Comme la vessie remontait haut sur la tumeur, on s'appliqua d'abord à la détacher et à la libérer par en bas aussi loin que possible. Or, dans cette manœuvre, le vagin aminci et distendu par la tumeur qui descendait jusqu'au col utérin fut déchiré vers son attache utérine par le doigt qui se trouva ainsi porté dans la cavité vaginale. L'idée vint naturellement de désinsérer complètement l'utérus du vagin et des ligaments larges à coups de ciseaux en pratiquant à mesure les ligatures nécessaires. Le vagin fut laissé ouvert, avec une mèche de gaze iodoformée.

La malade sortait complètement guérie le 25 novembre 1892.

Obs. XIII. — R... (Angélique), 50 ans. *Opération* le 8 mai 1894. Ici encore on n'avait pas tout d'abord pensé faire une hystérectomie abdominale totale. La tumeur remontait à 1^{cm} ou 2^{cm} au-dessus de l'ombilic. Elle était très fixe. Je voulus essayer cependant l'hystérectomie vaginale; mais il me fut impossible d'achever même la circoncision du col. Celui-ci, porté en arrière et tout à fait fixe, ne pouvait être amené en avant. Le vagin étant donc simplement désinséré en avant; je me mis en devoir de pratiquer la laparotomie. L'énucléation d'un gros fibrome de 1395 grammes permit d'aborder facilement les ligaments larges et de les lier, puis de décoller la vessie. Ce décollement fut poussé assez loin pour mettre à découvert l'incision préalablement pratiquée au vagin et, partant de lui, je continuai à désinsérer l'utérus en plaçant à mesure les pinces hémostatiques nécessaires. — Drainage par un tube en T. L'ensemble de la tumeur pesait 2 kilogrammes.

La malade sortait guérie le 4 juin 1894.

Obs. XIV. — P... (Salomé), 43 ans. *Opération* le 26 juin 1894. Opération très difficile dans laquelle, outre l'utérus fibromateux adhérent partout, on eut affaire à une poche d'une capacité de 250 grammes, pleine d'un liquide suspect, adhérente elle-même à l'S iliaque. Cette poche se rompit et ne put être enlevée qu'en partie. On arriva, à la fin, à constituer un pédicule utérin si mince et si court qu'après l'avoir lié il parut plus simple de s'en débarrasser, ce qui fut fait facilement par la désinsertion du vagin. L'opérée qui vomissait avant l'opération continua de vomir tout ce qu'elle absorbait. Sans douleurs, sans ballonnement du ventre, sans phénomène d'occlusion, elle resta apyrétique pendant les quatre premiers jours; puis des selles diarrhéiques abondantes se produisirent; la température s'éleva, atteignit 39°,2 et la malade succomba le 6e jour. *Septicémie sans aucun doute.*

Obs. XV. — P... (Eugénie), 28 ans. *Opération* le 21 juillet 1894. Ici le vagin a été ouvert accidentellement. Il s'agissait d'un gros fibrome de 2^{kg},500. Après avoir lié les ligaments larges et taillé un lambeau antérieur comprenant la vessie, j'étais allé porter très bas un gros fil de soie en croix sur le pédicule utérin. Or, ce fil avait été en réalité passé dans le vagin qui, après la résection de la tumeur au-dessus de la ligature, se trouva largement ouvert. On fit les ligatures nécessaires et le vagin fut fermé soigneusement à la soie en superposant des surjets sur les parties sectionnées et sur le péritoine.

La malade a succombé le 26 juillet vraisemblablement à la septicémie.

Obs. XVI. — P... (Rosine), 44 ans. *Opération* le 28 août 1894. Ici encore l'ablation totale ne fut pratiquée qu'après l'échec de la méthode déjà essayée. La tumeur remontait au voisinage de l'ombilic. On a oublié de noter son poids. Elle était très fixe. Le vagin était très étroit. Aussi, après avoir commencé l'hystérectomie vaginale, désinséré et enlevé le

col, placé plusieurs clamps sur les côtés de l'utérus, à la base du ligament large, décollé la vessie, fallut-il en venir à la laparotomie. L'utérus était tellement enclavé et fixé qu'il fallut l'évider pour le mobiliser et arriver sur les ligaments larges. Ceux-ci furent liés et sectionnés, on acheva facilement de détacher l'utérus. Les pinces placées préalablement sur la base des ligaments larges furent laissées en place.

Guérison sans incident. La malade sort le 30 septembre.

Obs. XVII. — G... (Marie), 63 ans. *Opération* le 15 décembre 1894. Je n'avais pas encore l'intention d'enlever tout l'utérus; mais lorsque je me mis en mesure de lier le pédicule utérin que j'avais isolé à la façon ordinaire, je le trouvai si petit et il me sembla si facile à enlever que je pratiquai l'ouverture et la désinsertion du vagin. Le vagin fut refermé avec soin et le péritoine réuni. La tumeur pesait 3^{kg},030.

La malade sortait guérie le 20 janvier 1895.

Obs. XVIII. — M... (Euphémie), 54 ans. *Opération* le 18 décembre 1894. Pour la première fois j'ai pratiqué, le voulant dès le début, l'hystérectomie totale. J'ai suivi à peu près exactement le plan auquel je suis depuis resté fidèle : ligature et section des ligaments larges poussée assez bas le long des bords utérins, section du péritoine en avant entre la terminaison des incisions faites aux ligaments larges, décollement de la vessie, recherche de l'extrémité supérieure du vagin, ouverture de ce canal, puis désinsertion en plaçant à mesure que l'on avance des pinces de Kocher. — Dans ce cas particulier le vagin fut fermé et le péritoine remis par-dessus comme dans le cas précédent. La tumeur pesait 3^{kg},050.

La malade succomba le 25 décembre 1894 probablement à la septicémie.

Cet insuccès, le fait aussi que mes idées sur l'avantage de faire une ablation totale n'étaient pas bien arrêtées me firent revenir à l'hystérectomie avec pédicule utérin extra-péritonéal.

Les observations X et XI relatées plus haut sont, en effet, postérieures à cette tentative.

A la suite, nous trouvons encore deux opérations pratiquées avec des hésitations de technique qui nous obligent à les classer à part.

Obs. XIX. — G... (Clémence), 44 ans. *Opération* le 23 décembre 1895. Fibrome de 3^{kg},300. La masse principale fut sectionnée au-dessus d'un lien élastique après libération des ligaments larges et le moignon cervical enlevé dans un second temps.

La malade sort guérie le 16 janvier 1896.

Obs. XX. — R... (Marie), 47 ans, opérée par Guinard le 20 janvier 1896. Opération très difficile, faite en dehors de tout plan arrêté. Il s'agissait d'un gros fibrome flanqué d'un pyosalpynx à droite, d'un hydrosalpynx à gauche, adhérent partout, de même que les annexes, à

l'intestin, à l'épiploon, aux parois. On essaie de l'attaquer par le vagin; impossible de le faire descendre. Alors on pratique la laparotomie. Pendant l'énucléation le pyosalpynx se rompt; puis il faut morceler l'utérus pour l'entraîner. On est forcé de laisser dans la plaie abdominale 8 clamps.

Mort par septicémie le 24 janvier 1896.

Avec une nouvelle opération du 23 décembre 1895, commence une nouvelle période, celle de l'hystérectomie totale devenue pour moi une règle définitive. Le procédé auquel je me suis arrêté ne dérivait point de mes lectures. Je m'y étais acheminé peu à peu. C'était l'aboutissant naturel de l'évolution que je vous ai exposée.

Dans les cas simples, l'extirpation de l'utérus fibromateux se fait en quelques minutes et, grâce à la position de Trendelenburg, à ciel ouvert, comme l'ablation d'une tumeur quelconque. Je résume rapidement sa description :

Incision de l'abdomen, mise au dehors de la tumeur, application au-dessous d'elle sur la masse intestinale de serviettes aseptiques, au besoin pinces rapprochant les bords de l'incision abdominale pour empêcher l'issue de l'intestin. Application d'une ligature sur le ligament large près de la corne utérine. Un autre fil de soie introduit par le même orifice, mais non croisé avec le premier, est amené par des mouvements de scie le long de l'utérus vers la base du ligament large, puis ramené en dehors au delà des annexes et noué. On repasse ce fil à travers le ligament large et on le noue à nouveau pour empêcher tout glissement.

On incise le péritoine en avant de l'utérus de la base d'un ligament à l'autre, à partir du point où vient d'être apposée la ligature. La vessie est décollée avec les doigts et refoulée en avant et sur les côtés jusqu'à ce que le col utérin soit dépassé.

Un objet volumineux, le manche d'un écarteur, a été introduit dans le vagin, naturellement préparé et désinfecté à l'avance. Sur cet objet comme guide, on incise le vagin longitudinalement d'abord, de façon à pouvoir y introduire le doigt, puis successivement à coups de ciseaux et en plaçant à mesure des pinces de Kocher qui saisissent la surface de section du vagin après chaque coup de ciseaux, on coupe les attaches vaginales en se portant de gauche à droite; on termine à gauche sur le doigt placé, non plus dans le vagin, mais en dehors de lui.

La section une fois achevée, on assure d'abord l'hémostase à la base des ligaments larges dans la région de l'artère utérine en plaçant, avec l'aiguille de Reverdin, un bon fil de soie que l'on noue une première fois et que l'on repasse au besoin avec l'aiguille une ou deux fois encore au voisinage de la partie d'abord liée,

Quelquefois on aperçoit la surface de l'utérine et on peut la lier isolément; souvent on ne la voit point et je pense qu'elle n'est pas toujours divisée par les ciseaux. Je ne la cherche pas avant de commencer la section, comme le recommande Richelot. Si je l'apercevais pourtant, je ne manquerais pas de la saisir. Je place un surjet sur le bord postérieur du vagin s'il saigne trop abondamment; je rapproche et je lie ensemble le fil placé sur le ligament large et sur la région de l'utérine, de façon à diminuer la zone sur laquelle ont porté les manœuvres opératoires. Enfin, je draine avec un très gros tube en caoutchouc entouré de gaze iodoformée.

On sent bien que ce type d'opération subira quelques retouches dans les cas compliqués, qui ne sont pas rares. De larges adhérences à l'intestin, des lésions, des trompes ou des ovaires, la présence de fibromes dans les ligaments larges, à côté du fibrome utérin proprement dit, l'impossibilité d'amener la tumeur au dehors sans la diminuer par l'énucléation de quelques fibromes ou même sans l'évider, la brièveté et l'épaisseur des ligaments larges et de beaucoup d'autres circonstances que je ne puis énumérer, obligent à des manœuvres spéciales. Mais toujours j'ai pu arriver à terminer l'opération suivant le plan général que je m'étais tracé.

Je ne donne pas, tant s'en faut, ma manière de procéder comme très originale. C'est d'ailleurs, à bien peu de chose près, celle qu'a indiquée Richelot au courant de l'année dernière. Notez seulement que je ne fais pas l'hémostase préventive, au moins du côté de l'utérine. Je pense que d'autres procédés peuvent la valoir et je tiens particulièrement pour excellente, dans les cas où il est possible de l'exécuter, l'attaque de la tumeur par sa face postérieure, à la façon de Doyen; mais, telle qu'elle est, elle me satisfait pleinement.

A côté de moi, mon assistant, M. Guinard, a pratiqué 7 fois l'opération de Doyen, tandis que je suivais 16 fois le plan que je m'étais tracé. Je donne ici le résumé de ces 23 opérations dont quelques-unes se rapportaient à des malades dans des situations très graves.

Obs. XXI. — C'est la première qui fut faite délibérément suivant le plan désormais adopté pour l'hystérectomie abdominale. Elle fut loin d'être simple d'ailleurs.

D... (Elisabeth), 40 ans. *Opération* le 10 mars 1896. Fibrome adhérent à l'épiploon; pyosalpinx, vaste abcès rétro-utérin remontant sur la paroi postérieure de l'abdomen jusqu'à dix à douze centimètres au-dessus du promontoire, ablation de l'utérus et des annexes régulières; drainage à la fois abdominal et vaginal.

Sort guérie le 13 avril 1896.

Obs. XXII. — S... (Marie), 31 ans. *Opération* le 4 juin 1896. Fibrome de 1800 grammes. Opération régulière.

Sort guérie le 3 juillet 1896.

Obs. XXIII. — B... (Euphrasie), 42 ans. *Opération* le 30 juin 1896. Fibrome de 1 kilogramme en voie de sphacèle. Opération régulière.

Sort guérie le 15 juillet pour entrer dans une autre salle de l'hôpital, la nôtre étant en réparation.

Obs. XXIV. — A... (Emilie), 36 ans. *Opération* le 7 juillet 1896. Fibrome de 1845 grammes. Opération régulière.

Sort guérie le 10 août 1896.

Obs. XXV. — R... (Jeanne), 44 ans. *Opération* le 24 juillet 1896. Fibrome de 1360 grammes en voie de sphacèle. Opération régulière.

Sort guérie le 2 septembre 1896.

Obs. XXVI. — L... (Marie), 43 ans. *Opération* le 28 septembre 1896, par Guinard. Fibrome kystique très volumineux remontant jusque auprès de l'appendice xyphoïde, pesant vidé 1790 grammes. Opération régulière ; la poche kystique se rompt et verse un contenu hématique au cours de l'opération.

Sort guérie le 26 octobre 1896.

Obs. XXVII. — B... (Marie), 41 ans. *Opération* le 22 octobre 1896. Fibrome gros comme les deux poings. Hémostase un peu difficile. Opération régulière.

Sort guérie le 20 novembre 1896.

Obs. XXVIII. — T... (Antoinette), 44 ans. *Opération* le 3 novembre 1896. Fibrome de 880 grammes. Opération régulière.

Mort le 6 novembre. Affaiblissement progressif, sans signes de péritonite. L'autopsie n'a pas révélé de péritonite ni d'altération quelconque dans les organes. La malade avant l'opération semblait bizarre, parfois délirante, aussi fit-on l'autopsie avec soin, mais elle ne fournit aucun résultat.

Obs. XXIX. — T... (Périne), 42 ans. *Opération* le 24 novembre 1896. Fibrome de 1700 grammes. Opération régulière.

Sort guérie le 20 décembre 1896.

Obs. XXX. — L... (Marie), 47 ans. *Opération* le 30 janvier 1897, par Guinard. Fibrome adhérent à l'épiploon et à l'S iliaque, annexes adhérentes, épiploon infiltré de pus.

Opération difficile qui n'est pas pratiquée suivant le plan ordinaire. Ici on ouvre le cul-de-sac postérieur, on saisit le col et on divise les ligaments d'arrière en avant. On incise et on curette un abcès de la paroi vésicale. Erysipèle de la face le quatrième jour après l'opération.

Sort guérie le 2 mars 1897.

Obs. XXXI. — B... (Augustine), 40 ans. *Opération* le 15 février 1897. Fibrome du poids de 1 kilo. J'ai voulu essayer la désinsertion des ligaments longs d'arrière en avant. Opération régulière.

C'était déjà avant l'opération une femme malade qui ne parlait à personne et se plaignait de souffrir de l'estomac. Après l'opération, elle présente des phénomènes de paralysie intestinale sans fièvre ni vomissements ; le ventre se ballonne, la malade s'affaiblit et meurt le 18 février. L'autopsie n'a pu être faite.

Obs. XXXII. — B... (Gabrielle), 50 ans. *Opération* le 1er mars 1897, par Guinard. Fibrome de 1330 grammes. Opération régulière.

Sort guérie le 24 mars 1897.

Obs. XXXIII. — P... (Lucie), 37 ans. *Opération* le 16 avril 1897, par Guinard. Fibrome de 1300 grammes. Attaqué par le cul-de-sac postérieur.

Guérison le 9 mai 1897.

Obs. XXXIV. — V... (Joséphine), 40 ans. *Opération* le 29 mai 1897. Fibrome de 1342 grammes fluctuant, en voie de sphacèle. Opération régulière.

Sort guérie le 12 juillet 1897.

Obs. XXXV. — B... (Ernestine), 44 ans. *Opération* le 21 juin 1897. Fibromes multiples de 2050 grammes. Embryon de trois mois dans une poche située en bas et en arrière de l'utérus dans le petit bassin. Opération régulière.

Sort guérie le 15 juillet 1897.

Obs. XXXVI. — B... (Marie), 49 ans. *Opération* le 27 juillet 1897. Fibrome sous-muqueux de 1620 grammes saillant dans le vagin. On essaie de l'énucléer par le vagin ; il ne peut être isolé. On fait alors l'hystérectomie abdominale. Opération régulière. Phlébite de la jambe droite.

Sort guérie le 28 septembre.

Obs. XXXVII. — C... (Marie), 36 ans. *Opération* le 12 août 1897. Fibrome de 550 grammes. Opération régulière.

Sort guérie le 29 août.

Obs. XXXVIII. — H... (Louise), 39 ans. *Opération* le 21 août 1897, par Guinard. Fibromes multiples. Ouverture du cul-de-sac postérieur d'abord. Opération régulière.

Sort guérie le 15 septembre.

Obs. XXXIX. — S... (Adélaïde), 52 ans. *Opération* le 26 août 1897, par Guinard. Tumeur salpingienne, volumineuse à gauche, contenant 350 grammes de pus, prise pour un fibrome. Adhérences épiploïques et intestinales.

Comme l'utérus est bourré de fibromes assez petits, deux seulement gros comme des œufs de poule, on l'enlève en ouvrant d'abord le cul-de-sac postérieur.

Sortie guérie le 17 septembre.

Obs. XL. — C... (Marie), 45 ans. *Opération* le 14 septembre 1897, par Guinard. Fibrome de la face postérieure. Trompes volumineuses contenant un liquide chocolat. Opération régulière.

Sortie guérie le 20 octobre.

Obs. XLI. — F... (Marie), 50 ans. *Opération* le 16 octobre 1897. Deux fibromes de 1310 grammes. Opération normale.

Sort guérie le 10 novembre 1897.

Obs. XLII. — B... (Berthe), 41 ans. *Opération* le 10 novembre 1897. Fibrome de 5^{kg},100. Il faut décortiquer un énorme fibrome pour arriver à la partie inférieure de l'utérus sur le vagin.

Pas encore sortie du service, mais près de le faire.

Obs. XLIII. — C... (Marie), 38 ans. *Opération* le 23 novembre 1897. Fibrome de 5 kilogrammes. Nécessité d'énucléer encore un très gros fibrome.

Suites simples d'abord, avec pourtant un peu de température. Actuellement atteinte de phlébite de la jambe gauche, en voie de guérison.

Ces 23 cas nous ont donné : mortalité, 8,65, 21 guérisons et 2 morts.

Les 12 dernières opérations n'ont fourni aucune mortalité [1].

Sur les 20 premières, comprenant il est vrai des fibromes excessivement volumineux et souvent compliqués de suppuration de voisinage, nous avions perdu 7 malades. Ce serait une mortalité de 35 0/0. Un coup d'œil jeté sur les observations permettra de comprendre que plusieurs de ces terminaisons fatales ne peuvent pas être imputés à l'acte opératoire.

Communication.

Quelques remarques sur l'ablation des tumeurs du foie chez l'homme,

Par M. TERRIER.

Des travaux assez importants, parmi lesquels je citerai celui de Koussuetkoff et Pensky (1896), et les expériences de mon élève et

[1] Une nouvelle malade opérée postérieurement à cette communication, et qui se trouve actuellement au jour, porte à 13 cette série heureuse.

ami M. Auvray (1897) ont attiré l'attention des chirurgiens sur l'ablation possible et sans accident des tumeurs du foie.

C'est en m'inspirant de ces données expérimentales que j'ai pu mener à bien l'extirpation d'une tumeur du foie, présentant un volume considérable et pesant 270 grammes.

Le malade, âgé de 50 ans, présentait au niveau du bord antérieur du foie, dans la partie correspondante à l'union de l'épigastre à l'hypochondre droit, une tumeur allongée transversalement, qui fut regardée comme une néoformation du côlon transverse, adhérente à la paroi abdominale. Tous les symptômes du côté de l'intestin et de l'estomac plaidaient en faveur d'une lésion des voies digestives. Dans tous les cas une opération fut proposée au malade et acceptée par lui, vu les douleurs vives qu'il ressentait au niveau de sa tumeur.

L'opération fut faite le 15 juillet 1897, avec l'aide du docteur Maurice Auvray. Après ouverture de la cavité abdominale on reconnaît bien vite qu'il s'agit d'un carcinome du foie, présentant le volume du poing et formant une tumeur non pédiculisée et située sur le bord antérieur de l'organe. De nombreuses adhérences unissaient cette tumeur aux organes voisins, aussi dut-on commencer par libérer la tumeur, ce qui ne se fit pas sans difficultés. Puis on se décida à en pratiquer l'extirpation, bien que le pronostic de l'affection n'eût rien de bien favorable.

Tout autour de la tumeur, en plein parenchyme hépatique sain, on plaça une série de ligatures en chaîne, et pour passer les fils à travers le tissu hépatique, d'une face à l'autre du foie, on utilisa l'aiguille courbe à pointe mousse qui sert à placer les fils à ligature du pédicule lors de l'ablation des kystes ovariens.

Chaque piqûre de l'aiguille ne détermina qu'un faible écoulement de sang.

Ce fut de la grosse soie plate qu'on utilisa pour faire les ligatures en chaîne, et chacune des anses formées par les fils embrassait de 3 à 4 centimètres de substance hépatique. Chacune des anse fut serrée aussi fortement que possible, dans le but de déchirer toute la substance hépatique embrassée par elle et de n'étreindre que les vaisseaux.

Pour détacher la tumeur, on se servit du thermocautère qui sectionna le parenchyme hépatique immédiatement en avant de la série des ligatures, on put ainsi enlever le néoplasme qui pesait 270 grammes comme nous l'avons déjà dit.

Sur la surface de section, il s'était produit un très léger suintement sanguin qui céda facilement à un léger attouchement avec le thermocautère.

Toutefois, en un point, un seul vaisseau probablement artériel donnait un jet de sang assez accusé. Après avoir essayé de le lier, mais en vain, on se décida à saisir ce vaisseau avec une pince à forcipressure qui fut laissée à demeure et assura ainsi une parfaite hémostase.

Pour plus de précaution, on appliqua sur la surface réséquée du foie de la gaze aseptique faisant l'office de tamponnement pour prévenir toute hémorragie en nappe ultérieure.

Les extrémités de cette mèche de gaze stérilisée, la pince à pression placée sur l'artériole qui donnait, les extrémités des fils à ligature, passaient à travers l'incision abdominale laissée béante à sa partie tout à fait supérieure. On avait ainsi la possibilité en cas d'hémorrhagie secondaire de porter sur la surface réséquée, soit le thermocautère, soit tout autre moyen hémostatique. Ces précautions furent heureusement inutiles.

Le pansement fut complété par de l'ouate et de la gaze stérilisées, le tout maintenu par une bande de flanelle.

Les suites opératoires furent fort simples : au 19e jour la moitié des fils du pédicule, dont 2 anses entrecroisées situées à gauche, tombèrent.

Au bout de 1 mois environ le malade quitta la maison de santé, conservant un petit trajet fistuleux avec le reste des fils placés sur le pédicule.

Ce n'est que le 14 septembre qu'une légère traction permit d'enlever les derniers fils formant une chaîne de 3 anses.

L'amélioration des voies digestives était considérable, ce fut là surtout le résultat obtenu par l'opération.

Encore quelques remarques sur l'ablation de cette tumeur nous semblent indiquées.

Nous avons vu que la disposition des anses de fil formant chaîne autour de la tumeur avait déterminé une hémostase suffisante, à la condition que ces anses fussent fortement serrées, de façon à sectionner le tissu hépatique et à étreindre seulement les vaisseaux du foie.

Si nous avons dû placer une pince à pression sur un vaisseau qui donnait encore, cela tient spécialement à ce fait que toutes nos anses ne faisaient pas une chaîne continue, et ce qui le prouve, c'est qu'une partie de ces anses se détacha en quelque sorte spontanément, ou plutôt après une faible traction, à gauche du pédicule, alors que les anses, situées à droite, restèrent plus longtemps incluses dans les tissus.

C'est là, en effet, un point important, et il ne faut pas laisser de discontinuité dans la série des anses passées à travers le foie, ce qui n'est pas toujours très facile, mais ce qui constitue une *condition sine qua non*, pour obtenir une hémostase parfaite.

Grâce à ces précautions, on peut, confiant dans l'absence de tout écoulement sanguin, fermer le ventre et obtenir une très rapide guérison, comme on l'a démontré expérimentalement chez les animaux.

Discussion.

M. Poirier. — En 1892, à l'hôpital Tenon, j'ai opéré, avec mon collègue Chaput, un homme atteint d'une tumeur du foie. En commençant l'opération, nous pensions qu'il s'agissait d'un cancer de

l'estomac. Mais après laparotomie et incision de l'estomac, nous constatâmes que cet organe ne présentait pas autre chose qu'un peu de contracture du pylore. Avec le doigt je dilatai le pylore resserré, je suturai l'incision stomacale, et nous allions nous retirer, lorsque je vis une tumeur arrondie, blanche, siégeant sur la face convexe du foie et grosse comme une noix, je l'extirpai, partie en sectionnant le tissu hépatique autour du néoplasme, partie en déchirant ce tissu par tractions. Une fois l'ablation faite, la plaie hépatique saignant abondamment, je dus faire une suture en croix qui arrêta l'hémorrhagie.

Le malade guérit de l'intervention; il eut ses digestions améliorées par la dilatation du pylore que j'avais pratiquée. Mais six mois plus tard il succombait au cancer généralisé, et l'autopsie nous montra que le point de départ de la carcinose avait été un cancer de l'extrémité inférieure de l'œsophage, expliquant la contracture symptomatique du pylore que nous avions constatée au cours de l'opération.

M. Terrier. — La ligature en croix, comme l'a faite M. Poirier, ne réalise pas aussi bien l'hémostase que la ligature en chaîne que je préconise.

Présentations de malades.

1° M. Peugniez (d'Amiens) présente un malade trépané pour des accidents cérébraux consécutifs à un traumatisme.

2° *Gastro-entérostomie postérieure pour ulcère de l'estomac avec péritonite.*

M. Tuffier. — La malade que je vous présente est âgée de 25 ans. Je l'ai opérée le 30 octobre dernier. Elle était entrée dans mon service de la Pitié pour une péritonite par perforation consécutive à un ulcère simple de l'estomac. La malade présentait les signes d'un ulcère traité depuis un an; et les signes tirés du pouls, de la température, du météorisme et surtout le début brusque des accidents devaient faire poser le diagnostic de perforation. Je pratiquai la laparotomie et je trouvai de l'ascite, un intestin vascularisé, mais l'ulcère siégeant sous les fausses côtes droites, siège des accidents, était entouré d'adhérences molles que je respectai. Je pratiquai la gastro-entérostomie postérieure par suture. Tous les phénomènes de péritonite et d'ulcère sont tombés, ma malade a cessé tout régime et n'a ni douleurs ni vomissements.

Présentations de pièces.

1° M. Guinard présente une pièce montrant une invagination qu'il a faite pour remédier au sphacèle d'une anse d'intestin étranglée. Cette invagination de la portion sphacélée n'a pas empêché la mort de se produire.

2° M. Monod présente un appendice de 12 centimètres de long. Cet appendice est sain ; il l'a réséqué au cours d'une intervention faite pour une grossesse extra-utérine.

3° Luxation (énucléation) de l'os semi-lunaire ; troubles de compression du nerf cubital par l'os déplacé ; extirpation du semi-lunaire.

M. Paul Berger. — Il y a quelques mois, je présentais à la Société un cas assez curieux d'énucléation du scaphoïde que j'avais pris d'abord pour une luxation sous-astragalienne. Voici encore un exemple de luxation isolé d'un os court, mais, cette fois, d'un os du carpe : dans ce cas comme dans le précédent, la nature de la lésion ne fut reconnue qu'au cours de l'opération pratiquée pour y remédier. Ce fait est intéressant surtout en raison des troubles fonctionnels dont la compression exercée par l'os luxé était devenue le point de départ :

Louis D..., âgé de 34 ans, a fait le 3 août dernier une chute d'un troisième étage ; dans cette chute la région fessière du sujet a heurté contre un avant-corps du bâtiment, ce qui a déterminé un mouvement de culbute, de sorte qu'il est tombé la tête en bas, les membres supérieurs dans l'attitude du plongeur qui pique une tête, mais la main gauche ayant rencontré le sol la première a supporté tout le choc, le bras étant dans l'extension ; la main a porté par la paume, les doigts étendus, et une extension violente du poignet sur l'avant-bras s'est produite. Aussitôt après l'accident, on a constaté à la face antérieure de la région du poignet l'existence d'une plaie de quelques centimètres par laquelle on voyait faire saillie un os *semblable à une grosse bille*... A l'hôpital Saint-Antoine, où le blessé fut porté, on porta le diagnostic de fracture compliquée des os de l'avant-bras, et on appliqua un appareil plâtré qui fut maintenu en place jusqu'au trente-septième jour ; à cette époque la plaie était cicatrisée, mais il persistait une déformation du poignet accompagnée d'une gêne fonctionnelle très notable ; ce fut le 25 octobre seulement que le blessé me fut amené par son patron et

qu'il fut admis à la Pitié au pavillon Michon (lit n° 20). Voici ce que l'on pouvait constater au moment de son admission dans le service:

La partie inférieure de l'avant-bras, immédiatement au-dessous du poignet, présente à sa face antérieure une déformation qui ne peut guère s'expliquer que par la consolidation irrégulière d'une fracture ; une saillie osseuse fait à ce niveau un relief notable, de plus d'un centimètre, qui soulève l'artère, le nerf cubital et la moitié interne des tendons fléchisseurs au-dessus du pli de flexion du poignet : cette saillie est fixe, elle paraît faire corps avec le squelette ; il n'y a néanmoins pas de déformation appréciable de la face dorsale du poignet et de l'avant-bras; les rapports des apophyses styloïdes du radius et du cubitus sont conservés en apparence. Il me semble néanmoins impossible de rapporter à autre chose qu'à un cal vicieux la saillie constatée à la face antérieure du poignet.

Les troubles fonctionnels sont très marqués; il y a une impossibilité complète de fléchir le poignet dans l'articulation radio-carpienne ; la supination complète est également impossible. La main est en griffe et l'extension des quatre derniers doigts ne peut être obtenue. Il existe une atrophie manifeste des interosseux, principalement du premier interosseux dorsal et de l'adducteur du pouce ; cette atrophie ne peut être rapportée qu'à une compression du nerf cubital ; celle-ci est surtout démontrée par l'anesthésie qui occupe tout le domaine sensitif dépendant de ce nerf à la main ; le petit doigt est absolument privé de sensibilité; celle-ci est obtuse et diminuée dans la moitié interne de l'annulaire; le bord cubital de la main jusqu'au poignet est également insensible.

Le diagnostic probable est : compression du nerf cubital au poignet, déviation des tendons fléchisseurs par un cal vicieux. Le traitement projeté est la résection de la saillie osseuse qui comprime le nerf et le tendon. *Opération* le 2 novembre 1897, avec la bande d'Esmarck, incision verticale de 5 centimètres sur la partie la plus saillante de la tuméfaction, un peu en dehors du trajet présumé de l'artère cubitale; les tendons fléchisseurs sont réclinés en dehors, les tissus fibreux incisés sur la saillie; on constate aussitôt que celle-ci est constituée par une surface articulaire; je crois d'abord que c'est l'extrémité inférieure du cubitus fracturée et luxée en avant, mais celle-ci est bien à sa place normale.

En poursuivant l'isolement de cette saillie avec la rugine, je découvre une seconde, puis une troisième facette articulaire, et bientôt je puis isoler complètement et faire sortir de l'incision l'os semilunaire du carpe, complètement énucléé, mais rattaché encore par sa face antérieure à un tractus fibreux très résistant qui dépend du ligament antérieur de l'articulation radio-carpienne ; cette bride est sectionnée et l'os extirpé. Il reposait directement sur la face antérieure de l'extrémité inférieure du cubitus et sur la partie la plus interne de la face antérieure de l'épiphyse radiale; il était transversalement placé et sa face articulaire supérieure était tournée en avant. La plaie fut réunie ; une petite mèche iodoformée fut laissée dans son angle inférieur. Les suites de

l'opération furent des plus simples, mais les mouvements un peu prématurés que je voulus communiquer aux tendons dès le huitième jour pour éviter les raideurs amenèrent un peu de désunion de la plaie, d'ailleurs sans suppuration. Dès le lendemain de l'opération, la sensibilité était totalement revenue dans le domaine innervé par le cubital.

On trouvera dans l'article consacré par M. Nélaton aux luxations isolées des os du carpe, dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus et dans l'ouvrage de Lewis A. Stimson[1], l'indication de neuf cas publiés de luxation isolée du semi-lunaire. L'ouvrage, d'ailleurs fort incomplet d'Hoffa, sur les luxations, ne mentionne même pas cette variété de déplacements. Notre observation reproduit les caractères les plus habituels de cette sorte de luxation; comme dans la majorité des faits publiés (5 sur 9), cette luxation était compliquée de plaie; mais cette plaie s'était spontanément cicatrisée et la luxation *ouverte* s'était ainsi transformée en une luxation simple. Le déplacement, dans notre cas, s'était produit en avant, comme dans les luxations simples du semi-lunaire observées par Taaffe, Cameron, Chisolm, comme dans les luxations compliquées de Mougert, de Flower et d'Albertin. La déformation, les troubles fonctionnels étaient en partie les mêmes que dans les autres cas de luxation simple du semi-lunaire en avant; la saillie, à la partie antéro-interne du poignet, au-dessus du pli de flexion de l'articulation, en est le trait principal; comme trouble des fonctions, la flexion des doigts, que l'on ne peut ramener à l'extension, même au prix de vives douleurs, est relaté dans plusieurs observations; mais, nulle part, nous n'avons vu noter cette paralysie du nerf cubital, l'anesthésie limitée aux derniers doigts de la main et à son bord interne, l'atrophie des muscles interosseux et abducteurs du pouce et leur paralysie, phénomènes dus à la compression du nerf cubital soulevé par l'os luxé et qui donne à notre cas une physionomie si particulière.

Taaffe et Stimson attribuent à la pression de la tête du grand os sur le semi-lunaire, dans un mouvement d'extension forcée, la production de ce déplacement; les connexions qui existaient encore, chez notre opéré, entre la face antérieure du semi-lunaire déplacé et la bandelette du ligament antérieur de l'articulation du poignet qui s'insérait sur cet os, semblent indiquer que dans le mouvement forcé d'extension du poignet qu'a déterminé le poids du corps reposant sur le sol par l'extrémité des doigts, le semi-lunaire a été en quelque sorte, *arraché* par ce ligament autant qu'énucléé par la pression de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras sur le

[1] Lewis A. Stimson, A treatise on dislocations (*London Churchill*, 1888, p. 370).

carpe. La pression du talon de la main sur le sol doit avoir ensuite refoulé l'os luxé entre les os de l'avant-bras et la face profonde des tendons fléchisseurs où il est resté, soulevant ces derniers ainsi que le nerf et les vaisseaux cubitaux.

Dans les luxations anciennes comme celle à laquelle nous avons eu affaire, l'extirpation de l'os déplacé est la seule conduite à suivre; elle est même à conseiller comme la plus sûre dans les cas récents non seulement quand il y a une plaie extérieure, ainsi que cela avait été pratiqué dans quatre des observations que nous avons citées, mais même en cas de luxation simple, comme dans les cas de Cameron et de Chisolm. On a vu que la suppression de ce corps étranger a, chez notre malade, fait aussitôt disparaître les troubles de compression portant sur le domaine du cubital, troubles qui duraient depuis trois mois entiers.

Au cours de la séance, on a procédé à l'élection de deux commissions :

L'une, pour examiner les titres des candidats qui désirent être nommés associés étrangers, et dont MM. Kirmisson, Hennequin, Marchand et Monod ont été désignés membres;

L'autre nommant MM. Routier, Schwartz, Peyrot et Lejars pour étudier les titres des candidats aux places de membres correspondants.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
NÉLATON.

Séance du 15 décembre 1897.

Présidence de M. DELENS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Un mémoire de M. BUFFET (d'Elbeuf), *Sur un anévrysme énorme de l'aorte abdominale ;*

3° Un travail de M. Juvara (de Bucharest), intitulé : *Anévrysme du tronc péronier ; extirpation ; guérison ;*

4° Une note de MM. Chavannaz et Auché (de Bordeaux), *Sur un kyste dermoïde du cou.*

Discussion sur l'hystérectomie abdominale.

M. Poirier. — J'ai publié, il y a deux ans, au Congrès de chirurgie, un procédé qui a de grandes analogies avec celui que M. Richelot nous a proposé.

Cette remarque faite, je n'insiste pas. Je veux maintenant appeler l'attention sur un point ; beaucoup de mes collègues ont considéré l'hystérectomie abdominale totale, quel que soit, d'ailleurs, le système employé comme la méthode de choix.

Or, pour moi, l'hystérectomie sus-vaginale avec amputation du col est préférable à l'hystérectomie totale. Elle est infiniment moins dangereuse et elle est plus facile à faire.

Plus facile, personne ne me contredira et j'ajoute moins meurtrière d'après ma statistique, car sur 37 cas, j'ai eu 3 décès.

M. Reclus. — Je veux ajouter à ce que j'ai déjà dit deux mots. 1° lorsque je fais l'hystérectomie abdominale totale et que je trouve les annexes saines, je les laisse, je crois cela préférable ; 2° on se préoccupe trop de l'artère utérine lorsqu'on emploie le procédé de Doyen. Rien n'est facile comme de la saisir après section des ligaments larges.

M. L.-G. Richelot. — Je n'ai pas voulu, dans notre dernière séance du mois de juillet, répondre sommairement aux orateurs qui avaient discuté ma communication sur l'hystérectomie abdominale, et je me suis borné à dire que l'importance du sujet et celle de leur intervention m'obligeaient à faire un peu plus tard une réponse mieux étudiée. Le moment est venu de présenter la défense des idées que je vous ai soumises.

Et, d'abord, mon travail a paru à quelques-uns soulever des questions multiples et embrasser presque toute la gynécologie. Il est vrai que, sur les divers points que j'ai abordés, nous avons longuement discouru depuis quelques années ; peut-être y a-t-il moyen de discourir encore; mais je crois aussi qu'en parlant avec précision nous pouvons nous comprendre en peu de mots, qu'il s'agisse des indications de l'hystérectomie ou de son manuel opératoire. Il est, d'ailleurs, évident que j'avais en vue le manuel opératoire, et vous

l'avez si bien compris qu'à peine avez-vous parlé d'autre chose. Si j'ai touché incidemment aux indications, c'est qu'ayant fait jadis de fortes réserves sur l'hystérectomie abdominale appliquée aux suppurations pelviennes, j'avais besoin d'expliquer pourquoi maintenant je m'y rallie en certains cas. Cela dit, je resterai sur le terrain où vous m'avez suivi, et je ne l'abandonnerai un instant que pour répondre à certaines allégations.

J'ai laissé entrevoir, au moment de notre séparation, le thème que j'ai à développer : l'hystérectomie abdominale, entre les mains de quelques-uns d'entre nous, s'est peu à peu modifiée, améliorée dans le même sens et dans le même esprit, si bien que nous faisons tous maintenant des opérations très analogues, obéissant aux mêmes principes et ne différant entre elles que par des nuances. La route que j'ai suivie, pour ma part, m'a conduit à un point où je touche de près à la manœuvre adoptée aujourd'hui par la plupart des chirurgiens américains, au procédé de Kelly.

Aussi ai-je été surpris de l'ardeur avec laquelle Segond, défenseur à bon droit du procédé de Kelly, a paru chercher des divergences profondes entre mon opinion et la sienne. Je ne veux voir dans la façon dont il m'a critiqué — non sans me couvrir de fleurs — que le désir de tout sacrifier à la description magistrale du procédé américain. Je m'y attendais, et je ne craignais pas sa partialité prévue. Voilà donc le procédé américain bien décrit, en bon français. Nous devons nous en applaudir, car il ne le cède à aucun autre, et la nuance qui lui est propre, la bascule sur le côté, peut présenter des avantages, en certains cas difficiles, au chirurgien même qui ne l'a pas adoptée de parti pris. Mais comment Segond, entraîné par son sujet, a-t-il été jusqu'à méconnaître la presque identité du langage par lequel nous cherchons tous deux à caractériser les conditions que doit remplir aujourd'hui l'hystérectomie abdominale ? Voyons les principes dont il se réclame :

— « Simplification aussi grande que possible du manuel et surtout de l'arsenal instrumental. Abandon de toutes les manœuvres d'auteurs et assimilation de l'hystérectomie à l'ablation d'une tumeur quelconque. » Moi aussi, et du plus loin que je me souvienne, je réprouve toute recherche dans l'outillage et partout je me borne aux instruments les plus usuels. J'ai, en 1895, accusé les procédés d'hystérectomie abdominale d'être encore des « procédés d'auteurs », mot que vous reprenez à votre compte. Je demandais et, sans toucher encore le but, j'avais l'ambition de décrire « un procédé courant, une manœuvre simple, sans attirail instrumental, aussi simple que peut le devenir une opération qui ne sera jamais, quoi qu'on fasse, à la portée des maladroits ». Et je viens d'écrire, dans la *Revue de Gynécologie* : « Aujourd'hui, j'isole l'utérus

comme une tumeur quelconque au milieu des tissus. » Que demandez-vous de plus ?

— « Souci de rendre l'intervention exclusivement abdominale, sans la combiner à des manœuvres vaginales plus ou moins complexes. » Le moindre coup d'œil jeté sur ma description vous a montré que nous étions d'accord.

— « Suppression des ligatures en masse avec fils énormes. Découverte méthodique et ligature successive des vaisseaux d'après les règles habituelles de l'hémostase. » J'ai dit, de mon côté, dans la même *Revue de Gynécologie* : « Ne laisser dans le ventre aucun corps étranger, proscrire les fils de soie... Je déconseille les ligatures en masse avec des fils de soie, même en deux faisceaux, qu'on laisse dans le ventre ou qu'on attire dans la plaie vaginale. De quoi s'agit-il ? De lier l'utérine ; le reste est peu de chose... Est-il difficile de lier l'utérine avec un fil placé perpendiculairement à son trajet, comme on le fait pour toutes les artères ?... Le souci de l'hémostase a disparu en même temps que les procédés hémostatiques. »

— « Enfin, mise en œuvre des moyens voulus pour éviter le contact des intestins avec de gros moignons rugueux ou des surfaces cruentées plus ou moins étendues. » Ceci date de loin dans ma pratique ; car, ayant adopté en 1888 le pédicule intrapéritonéal, je n'ai pas tardé à le recouvrir d'un lambeau péritonéal antérieur, et pas un point ne restait sans revêtement séreux. Dans ma description actuelle, l'opération se termine « par une ligne de sutures séro-séreuses en croissant ou en fer à cheval ».

Jusqu'ici, je ne vois pas bien ce qui nous sépare. Peut-être vais-je le trouver en suivant pas à pas mon collègue dans son argumentation.

« Par exception, dit-il, nous sommes assez loin de nous entendre. Une première divergence porte sur ce fait, qu'à mon sens l'excessive variété des cas particuliers ne permet pas d'admettre la constante supériorité de tel ou tel procédé. » Tout à l'heure, il nous dira : « La méthode américaine a pour elle cette grande supériorité d'être applicable à tous les cas, sans exception. » La contradiction n'est qu'apparente, et s'explique par une erreur de terminologie : Segond appelle méthode le procédé américain, pour l'enoblir, et confond tous les autres, pour les diminuer, avec les tours de main et les artifices opératoires. Mais ici la méthode, c'est l'hystérectomie abdominale totale, qu'on peut exécuter par les procédés de Kelly, de Doyen, etc. Les meilleurs sont ceux qui, dans leurs grandes lignes, conviennent à tous les cas ; pour chacun d'eux les nuances d'exécution varient avec les difficultés qui se présentent.

Je ne m'attendais pas à faire, à la suite de Segond, ma profession de foi sur cette vérité d'ordre banal.

Voyons la deuxième divergence. J'aurais dit de mon procédé qu' « il est impossible, ou tout au moins difficile de trouver mieux. » Je n'ai pas employé cette formule, ambitieuse malgré la réserve qu'elle contient. J'ai écrit, il est vrai, en parlant de « certains procédés connus : les uns subtils, détaillés, anatomiques, s'imposent des dissections inutiles ; les autres veulent un tour de maître qui, dans certaines situations, peut se trouver en défaut. Sans nier leurs mérites et les services qu'ils ont déjà rendus, j'ai la conviction d'aller plus droit au but, en laissant de côté toute manœuvre superflue. » La double allusion contenue dans ce passage s'adresse à Delagenière, qui fait une opération un peu longue, et à Doyen, dont la manœuvre ingénieuse et rapide, mieux faite pour les fibrômes que pour les suppurations pelviennes, trouve sa pierre d'achoppement dans les bassins sérieusement obstrués. Là s'est bornée ma critique ; mais j'ai dit aussi, et je le maintiens, que mon procédé « se recommande par l'abandon systématique de tout ce qu'il est inutile de faire. S'il a une prétention, c'est d'être — au moins pour moi et pour le moment où j'écris — le dernier mot de la simplicité. » Cette prétention à la simplicité, Segond ne l'admet pas ; rien n'est simple, à son avis, que dans la technique américaine. Est-ce moi qui suis aveugle, ou Segond qui ne veut rien entendre ? Nous allons bien voir.

Pardonnez-moi de fatiguer votre attention en revenant sur des détails que vous connaissez déjà ; et permettez-moi d'éviter certains malentendus en séparant absolument les fibrômes des suppurations, car Segond le reconnaît lui-même, « l'ablation d'un utérus fibreux et une castration totale pour suppuration pelvienne sont deux actes peu comparables ». Je commence par les fibrômes.

Kelly attaque de haut en bas le premier ligament large, met une pince d'attente sur la corne, une ligature sur l'utéro-ovarienne, et coupe entre les deux ; une seconde ligature sur le ligament rond, dont l'artère saigne ; il coupe de nouveau, arrive sur l'utérine et la lie à son tour. Moi, je mets une pince d'attente sur la corne, une pince sur l'utéro-ovarienne, et je coupe entre les deux ; une pince sur la partie moyenne du ligament, si elle saigne ; je coupe de nouveau, j'arrive sur l'utérine et je la pince à son tour. Si je ne me trompe, les deux manœuvres sont tellement pareilles qu'elles peuvent se décrire avec les mêmes mots, à cela près que je mets sur chaque artère une pince que plus tard je remplacerai par un fil, tandis que les Américains placent le fil d'embiée, perdant au commencement les quelques minutes que je perdrai à la fin. Et c'est là-dessus que Segond part en guerre, accusant les pinces de rap-

peler « ce qu'il est inutile de faire » ; argument curieux dans sa bouche, il s'alarme « des grosses pinces étreignant les tissus et masquant les rapports », et félicite le procédé américain de « se passer des clamps spéciaux et des pinces énormes ». Pourquoi énormes, et de quels verres grossissants vous êtes-vous donc servi pour lire ma description, qui cependant vous paraissait « fort claire ? » La moindre pince hémostatique suffit pour l'utérine, à plus forte raison pour les autres vaisseaux. Prenez garde ; les Américains ne répugnent pas tant que vous à l'emploi de ces terribles instruments, car voici comment Noble (de Philadelphie), dans une intéressante revue dont vous nous recommandez la lecture, décrit l'opération de Kelly. Nous sommes au moment où le chirurgien, après avoir traité le premier ligament large, coupe le col utérin au-dessus de la voûte vaginale : « A mesure que sont sectionnées ou écartées les dernières fibres du col, tandis que le corps de la matrice est attiré en haut vers le côté opposé, l'autre artère utérine apparaît. Dès qu'elle est en vue, on la saisit dans une pince hémostatique à 1 centimètre environ du moignon cervical. L'utérus étant refoulé davantage, on applique une pince-clamp sur le second ligament rond, et on achève l'extirpation de toute la masse, utérus, trompes et ovaires. Des ligatures sont alors substituées aux pinces (artère utérine, ligament rond, vaisseaux ovariques). D'ailleurs, le chirurgien peut, à son gré, lier ces organes à mesure qu'ils viennent en vue sans se servir des pinces comme moyens provisoires d'hémostase. » Eh bien? Cette pratique ne vous rappelle pas « ce qu'il est inutile de faire? » Vous ne craignez pas que ces énormes pinces ne masquent les rapports? Et pour formuler ces reproches, il faut que le chirurgien à qui vous les adressez soit un de vos compatriotes ?

Encore un mot sur le premier ligament large. Avant de rechercher l'utérine, dit Segond, « si le ligament est occupé par une tumeur, il faut s'en débarrasser suivant les règles habituelles, pour procéder ensuite à cette recherche ». Voilà qui ressemble bien à l'énucléation préliminaire que j'ai recommandée pour les fibrômes qui gênent la manœuvre. Et cependant, vous la condamniez quand vous disiez, quelques lignes plus haut, qu'il fallait, « sans se préoccuper autrement des masses qui encombrent le petit bassin, du volume des tumeurs ou de leurs connexions pelviennes, se porter d'emblée sur le bord supérieur... C'est toujours possible ». Toujours est exagéré ; l'énucléation d'une tumeur mal placée peut être utile ou nécessaire dès le début de l'opération. Mais c'est là un mince détail ; je ne demande pas qu'on se débarrasse des fibrômes avant d'ouvrir le ventre ; il est clair qu'on doit les enlever s'ils gênent et quand ils gênent.

Nous voici arrivés à l'insertion vaginale, que vous sectionnez dès maintenant; je ne le fais qu'après avoir libéré l'utérus de l'autre côté, et c'est là le seul point qui vraiment nous sépare. Mais, avant d'examiner ce point, je note que vous n'entreprenez pas la libération du col sans avoir pris « la précaution de tailler, sur la face utérine antérieure, un lambeau péritonéal suffisant » pour recouvrir le moignon vaginal. J'ai l'habitude — non constante — de faire ce lambeau avant l'attaque du ligament large; Kelly après la section du ligament rond, avant de chercher l'utérine, « incision intéressant le péritoine, du ligament rond sectionné jusqu'à son congénère; entre temps, libération de la vessie qu'on refoule en bas au moyen d'une éponge, de façon à mettre en évidence la portion supra-vaginale du col »; et vous un peu plus tard, après avoir lié l'utérine. Entre ces trois manières, je ne vois pas, au fond, la moindre différence. La manœuvre est toujours la même : on sectionne le péritoine au point où il devient mobile sur la face antérieure; il se décolle avec la plus grande facilité; ni Kelly, ni vous, ni moi ne trouvons ce décollement périlleux. Pourquoi donc affirmiez-vous tout à l'heure que c'est une complication opératoire de « s'attaquer d'abord au cul-de-sac vésico-utérin? » N'est-ce pas attacher une importance illusoire à une nuance d'exécution qui peut varier au gré de l'opérateur?

Et maintenant, vous coupez l'insertion vaginale avant le traitement du second ligament large. Puis, vous renversez l'utérus vers ce ligament, dont vous faites la section et l'hémostase de bas en haut. Jusqu'ici, nous nous suivions pas à pas; mais cette bascule sur le côté caractérise le procédé américain et le distingue de tous les autres. Elle est absolument recommandable; faut-il en inférer qu'en libérant l'utérus à droite et à gauche avant de le séparer du vagin, on fait une opération beaucoup moins simple et très inférieure à l'autre? Tout à l'heure, vous trouviez merveilleuse la section du premier ligament de haut en bas; rien n'était simple, commode, ingénieux comme de lier ces trois artérioles en coupant au ras de l'utérus. Pourquoi ne voulez-vous pas que je répète la même manœuvre du côté opposé? Il n'y a pas de raison, *à priori*, pour qu'elle y soit plus difficile. Quand l'utérus est libre de part et d'autre, il est extrêmement simple de ne rien faire basculer et de couper circulairement l'insertion vaginale, au jugé, en pénétrant un peu dans le tissu utérin, « sans le secours d'aucun instrument faisant bomber les culs-de-sac, et sans autre guide que la perception digitale du col au travers des parties molles. Comme le dit Richelot, les ciseaux coupent l'insertion vaginale quand ils la rencontrent. » Encore un point sur lequel je n'arrive pas à trouver un abîme entre nos deux manières d'opérer.

Ceci n'implique, si je me fais bien comprendre, aucune critique de la bascule américaine. Au contraire, je sais des cas où elle est particulièrement indiquée : c'est lorsqu'un ou plusieurs fibrômes, enclavés dans un ligament large, en rendent l'accès très difficile. Commençant alors par le ligament qui se présente le mieux, coupant l'insertion vaginale et renversant l'utérus, on dégage plus facilement les tumeurs en les arrachant de bas en haut. Voilà pourquoi je disais tout à l'heure que la bascule sur le côté peut présenter des avantages au chirurgien même qui ne l'a pas adoptée de parti pris.

Laissons les fibrômes. Je voudrais avoir bien montré qu'entre le procédé américain et celui que j'ai décrit il n'y a que des différences peu sensibles, que je n'ai pas voulu hausser le mien en cherchant à l'autre des défauts qu'il n'a pas, et qu'il est injuste de sacrifier celui des deux qu'on n'a jamais vu exécuter, quand tous deux répondent aux mêmes principes, emploient des moyens très analogues, demandent le même temps et se terminent de la même façon.

J'examinerai maintenant l'hystérectomie abdominale totale pour suppurations pelviennes. Ici, je me suis réclamé formellement du procédé américain, et si je m'en suis écarté tant soit peu, en même temps que de mon procédé pour fibrômes, c'est pour me prémunir contre un péril que les laparotomistes peu ferrés sur l'hystérectomie vaginale passent volontiers sous silence. Le pus des annexes est plus souvent septique que ne le disent les intéressés ; il y a des degrés dans la septicité, mais il faut toujours compter avec elle, et quelquefois elle est telle que la moindre ouverture de la trompe, même sans grande effusion, condamne absolument l'opérée à mourir dans les deux jours, quoi qu'on fasse. Il n'y a pas alors de préservation du péritoine, il n'y a pas d'artifice opératoire à chercher ; les laparotomistes quand même sont des hommes résignés d'avance à enregistrer ces cas malheureux.

Je ne crois donc pas qu'il suffise aujourd'hui de « se comporter, comme le dit Segond, vis-à-vis des adhérences intestinales ou épiploïques suivant les règles habituelles...; si le ligament large est occupé par une tumeur liquide, s'en débarrasser suivant les règles habituelles. » J'ai voulu me placer dans de meilleures conditions pour enlever les poches purulentes sans les rompre, ou en limitant les dangers de leur rupture ; et voilà pourquoi j'ai décrit, pour les suppurations graves, une variante qui a moins d'intérêt pour les annexes parenchymateuses et les pyosalpinx de petit volume, peu adhérents, faciles à manier.

Cette variante consiste à traiter de bas en haut les deux ligaments larges, au lieu d'un seul. Je taille d'abord le lambeau péritonéal

antérieur, ce qui est toujours facile, nous en sommes convenus. En déchirant ce lambeau, je mets à nu les deux utérines dans le tissu paramétrique et je les pince *de visu* sans le moindre effort. « Ceux qui n'aiment pas la forcipressure, ai-je dit, peuvent les charger sur un fil. » Puis j'attaque l'insertion vaginale, comme je le fais et comme vous le faites aussi dans l'opération pour fibrômes ; je saisis le col, je le relève et j'achève de le disséquer, absolument comme nous le disions tout à l'heure. Tout cela est réglé, méthodique ; et ces temps s'exécutent sans péril, dans une région accessible, tandis que les poches purulentes, gonflées et remplissant le Douglas, me laissent indifférent. Voilà cependant, si on en croyait Segond, des choses dignes de blâme, « s'attaquer d'abord au cul-de-sac vésico-utérin, ainsi qu'aux deux artères utérines ! En agissant de cette manière, on fait en quelque sorte un Doyen retourné». L'expression est bonne, et je l'accepte. Mais Segond oublie que ce « Doyen retourné » est facile parce que les trompes laissent toujours — presque toujours — à nu la face antérieure du col, tandis que le Doyen proprement dit est singulièrement gêné, ralenti, dévié de son type, quand elles remplissent le Douglas. Aussi a-t-il tort d'ajouter que je perds « tous les bénéfices que donne la vraie manœuvre de Doyen au triple point de vue du décollement vésical, du respect des uretères et de la simplicité de l'hémostase ». Le décollement vésical n'est rien ; je respecte l'uretère à coup sûr en pinçant *de visu* l'utérine dans un point où il n'existe pas ; et l'hémostase est d'autant plus simple que l'utérine est oblitérée dès le début. Ces trois critiques, peu fondées alors même qu'il s'agirait de fibrômes, sont encore moins admissibles dans les cas où « la vraie manœuvre de Doyen » ne peut être appliquée sans subir des modifications profondes.

Mais où me conduit cette variante, ce dégagement du col en avant, ce traitement de bas en haut des deux ligaments larges ? A faire avec plus de sécurité, comme je l'ai dit, le décollement des masses purulentes. En effet, quand j'ai déchiré le feuillet antérieur du ligament et pénétré dans le tissu paramétrique, j'aborde la paroi tubaire à sa partie déclive, je la découvre en soulevant l'utérus, je l'attire doucement, et, suivant ses rapports avec les feuillets séreux, je dissocie prudemment les brides celluleuses ou j'isole la tumeur avec quelque hardiesse. Je vois bien ce que je fais, et j'ai les meilleures chances pour ne pas rompre la poche ; et si la rupture a lieu, elle se fait du côté du petit bassin et la souillure du péritoine est limitée aux points où la toilette et le drainage sont faciles, car la ligne des adhérences intestinales est respectée jusqu'à la fin de l'énucléation.

J'ai bien vu l'avantage de procéder ainsi dans une de mes der-

nières opérations. J'avais deux poches purulentes avec des adhérences étroites à l'intestin grêle; en attaquant ces adhérences de haut en bas, j'aurais pesé sur la paroi tubaire pour épargner à tout prix la paroi intestinale, et je risquais fort de crever l'abcès et d'inonder l'anse voisine avant d'avoir pu l'abriter. J'ai fait des deux côtés la manœuvre de bas en haut; j'ai pu saisir la poche dans le creux de ma main, et la décoller sans rupture dans toute son étendue; arrivé tout près de l'intestin, l'adhérence s'est déroulée, pour ainsi dire, et ne m'a pas opposé de résistance. C'est que les rapports de la trompe suppurée avec le ligament large ne sont pas toujours les mêmes : elle est tantôt accolée à sa face postérieure, tantôt incluse entre les deux feuillets. Dans ce dernier cas, elle est plongée dans le tissu paramétrique, c'est le feuillet postérieur qui adhère à l'intestin; la trompe se décolle et s'enlève tandis que le feuillet reste adhérent. Mais que dis-je? Cette dissection de bas en haut, plus méthodique et plus sûre, vous la connaissez bien et c'est vous-même qui la recommandez. C'est vous qui me reprochiez tout à l'heure de ne pas traiter de bas en haut l'un des ligaments; et maintenant j'ai tort de le faire des deux côtés, je suis plus royaliste que le roi. Consentez donc — même sans m'accorder que ma variante soit un progrès — à voir là des nuances de doigté qui n'empêchent pas les procédés de se ressembler beaucoup. Peut-être m'accorderez-vous par surcroît — un peu plus tard — que ma variante a ses indications.

J'en ai fini avec l'argumentation de Segond. C'est elle qui m'a occupé tout d'abord et que j'ai tenu à discuter longuement, parce qu'elle m'a semblé quelque peu intransigeante. Je passe à Reclus, et je le remercie de trouver mon procédé « vraiment simple »; me voilà consolé. Aussi n'ai-je rien à lui dire, quand il vante surtout le procédé de Doyen et apporte en témoignage une série de 8 opérations pour fibrômes avec 8 succès.

Je n'ai pas davantage à critiquer sa manière de voir sur le traitement de la plaie vaginale, bien que je ferme souvent cette plaie et que toujours il la laisse ouverte. « Dans l'hystérectomie vaginale, dit-il, ferme-t-on le péritoine? Oblitère-t-on le vagin? Non, et cependant l'opération est sans suites pénibles et sans mortalité ». C'est exactement l'opinion que j'ai soutenue en 1895, alors que je laissais la plaie ouverte; et « si je la ferme aujourd'hui, ce n'est pas que je craigne une infection venue d'en bas; le vagin tamponné à l'iodoforme n'est pas plus dangereux ici que dans l'hystérectomie vaginale »; mais la suture est un bon moyen d'hémostase. Quand on a fait une ouverture étroite en laissant du tissu musculaire aux lèvres de la plaie, — les Américains laissent le museau de tanche, — on a très peu de sang et tout s'arrête en fermant l'ori-

fice avec trois fils. On a aussi l'avantage de recouvrir le moignon et d'avoir partout des surfaces séreuses. Voilà mes seules raisons ; il faut ajouter que, dans les opérations aseptiques et notamment dans les cas de fibrômes, le drainage est parfaitement inutile. Mais si on a la moindre peur au sujet de l'infection, le drainage vaginal est précieux ; en tout cas il ne peut pas nuire. Je l'ai dit explicitement ; aussi n'est-ce pas moi qu'il faut accuser de voir dans l'occlusion du péritoine « un temps essentiel de mon procédé ».

C'est à propos de l'extirpation des salpingites suppurées que nous ne voyons pas tout à fait de la même façon. Là encore, c'est au procédé de Doyen que Reclus donne la préférence ; il a fait ainsi deux opérations, dont l'une surtout fut très longue et produisit « de grands délabrements. » Mais que devient le procédé de Doyen quand la manœuvre est si laborieuse, quand il y a « deux énormes masses salpingiennes avec adhérences à l'épiploon, aux intestins, à l'utérus et aux parois du petit bassin ? » N'est-ce pas son but et son caractère propre d'aller droit au cul-de-sac postérieur, d'attirer le col en arrière et de faire basculer l'utérus, pour l'arracher de ses ligaments par un tour de main rapide qui dispense d'hémostase préalable ? Conserve-t-il ce caractère, offre-t-il encore des avantages particuliers, quand il faut décoller patiemment, énucléer, ponctionner, essuyer le pus qui s'écoule, arriver progressivement au cul-de-sac.

En somme, que fait l'opérateur qui s'en tient au procédé de Doyen dans les suppurations graves ? Il attaque les annexes de haut en bas, comme dans l'ancienne castration tubaire, et manœuvre à l'étroit, gêné par l'utérus et par la masse intestinale. Reclus y tient expressément : « Les adhérences avec l'épiploon et les intestins étant des plus importantes, il me semble plus rationnel de commencer par elles ; on peut alors, après la libération des intestins et de l'épiploon, refouler les viscères et les isoler du foyer opératoire ». Pour moi, c'est le bon moyen de rompre trop tôt les poches fragiles et d'inonder l'intestin avant de l'avoir libéré. Quoi qu'il en soit, il sépare les annexes, les resèque ou les laisse adhérentes à la corne ; puis il lui plaît d'enlever l'utérus en commençant par derrière et en faisant basculer. Mais cela n'a plus d'intérêt ; la besogne principale est faite, les poches sont isolées, crevées ou intactes, le péritoine indemne ou contaminé ; bien ou mal, on est débarrassé des masses purulentes. Coupez alors comme il vous plaît l'utérus petit et mobile, dont l'ablation n'est plus qu'un temps accessoire et complémentaire de la castration tubo-ovarienne.

Ce n'est pas ainsi qu'il faut comprendre, à mon avis, l'hystérectomie abdominale appliquée aux suppurations pelviennes. Elle

consiste, non pas à faire la castration annexielle à l'ancienne mode, puis à supprimer l'utérus le même jour que les ovaires et les trompes, si telle est la fantaisie du chirurgien ; mais bien à combiner l'ablation de l'utérus avec celle des annexes et à les pratiquer d'une seule tenue, la première étant un moyen d'effectuer la seconde. Cette combinaison opératoire, le procédé américain et ses variantes la réalisent. C'est dans cette voie qu'il faut chercher d'abord les meilleurs résultats opératoires, quitte à discuter à part les avantages thérapeutiques de la castration totale.

Reynier défend à son tour le procédé de Doyen — que moi-même je trouve excellent. Mais pour le défendre, il attribue au mien une complexité et des lenteurs fâcheuses. Je lui répondrai : pendant la semaine du dernier Congrès, j'ai fait devant nos collègues étrangers deux hystérectomies abdominales, sur des malades qui venaient d'entrer dans mon service et qui n'étaient nullement choisies. Chez la première, l'ablation de l'utérus a duré cinq minutes, et l'ensemble de l'opération, jusques et y compris la suture abdominale, vingt-cinq minutes ; chez la seconde, sept à huit minutes, et trente-cinq. Vous voyez qu'en mettant à part, bien entendu, les cas d'extrêmes complications, je ne fais pas une opération lente et qui puisse faire craindre le choc.

Reynier dit encore : « La recherche profonde des utérines est particulièrement difficile avec les fibrômes volumineux développés aux dépens du segment inférieur et qui remplissent l'excavation » C'est vrai ; aussi ai-je soutenu qu'il faut énucléer d'abord, avec ou sans morcellement, les grosses tumeurs intra-cervicales obstruant la cavité pelvienne et refoulant vers l'ombilic le fond de l'utérus et les annexes. Malheureusement, Reynier n'aime pas l'énucléation préliminaire, parce qu'elle allonge l'opération ; coûte que coûte, il lui faut un procédé rapide. Mais il y a là contradiction, car l'encombrement de la cavité pelvienne ralentit et déforme la manœuvre de Doyen. L'auteur du procédé le sait bien, car il signale la nécessité d'énucléer les fibrômes qui défendent l'accès du cul-de-sac postérieur, de pousser la pince vaginale à droite ou à gauche et de perforer les culs-de-sac latéraux quand le postérieur est inaccessible, de se faire un chemin par l'étage inférieur du ligament large, au besoin de n'ouvrir le vagin qu'au cours de l'opération, enfin d'atteindre le but par « les manœuvres accessoires les plus variées ». Pourquoi blâmez-vous l'énucléation, puisque Doyen l'admet? Pourquoi la refusez-vous justement dans les cas où la tumeur est le plus mal placée? La question est celle-ci : le segment inférieur bourré de fibrômes est-il encore de moyen volume, non enclavé, mobilisable? Soyez prudent, prenez garde à l'uretère qui longe le massif cervical, mais adoptez le procédé qui

vous plaît. Est-il, au contraire, de grand volume et collé à l'enceinte pelvienne? Ici, tous les procédés sont en défaut ; le cul-de-sac postérieur, l'utérine se dérobent. Que faire? Ces cas là ne sont pas nouveaux ; il y a vingt ans, alors que le manuel opératoire de l'hystérectomie était dans l'enfance, déjà Péan s'attaquait à ces masses immobiles, les morcelait à leur centre et les dégageait peu à peu. Ne me laissez pas croire que vous reculez aujourd'hui devant ce que Péan faisait il y a vingt ans.

C'est encore, avec Reynier, la question des suppurations pelviennes qui nous divise le plus. Et d'abord, le chapitre des indications. Voici un résumé fidèle de ses opinions, soigneusement numérotées pour que ma réponse ne s'égare pas tout à l'heure :

1° C'est un tort d'enlever systématiquement l'utérus toutes les fois que la lésion annexielle est bilatérale, car il n'est pas démontré que l'organe utérin soit inutile ou gênant après l'ablation des annexes;

2° Dans l'hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne, si on ne peut enlever les annexes, la malade ne guérit pas ; or cette ablation est le plus souvent impossible. A preuve, une malade chez laquelle Reynier fit une hystérectomie très laborieuse, et laissa des cavités remplies de pus ; il fallut plus tard les enlever par l'abdomen ;

3° Convaincu de la supériorité de la laparotomie, Reynier la fait dans les cas les plus graves ; et, comme l'utérus est alors gênant pour drainer la cavité pelvienne, après la castration tubaire il fait, dans la même séance, une « hystérectomie vaginale complémentaire ».

Il n'est pas une de ces propositions contre laquelle je ne sois tenté de protester. Comme il est difficile de s'entendre, même sur des questions que nous avons tant ressassées depuis quelques années ! Pour ma part, j'ai si souvent exposé mes idées que je crains de fatiguer votre attention, et que je demande à mon ami Reynier la permission de les lui rappeler seulement en quelques mots :

1° Je n'ai pas été absolu ; j'ai dit que, dans les cas de lésions bilatérales, « l'hystérectomie est le correctif et le complément logique, sinon toujours nécessaire, de la laparotomie ». En effet, s'il n'y a pas de suppuration, la castration tubo-ovarienne est si simple et si bénigne, qu'on peut être fort tenté d'en rester là, quand l'utérus est petit, bien placé, dépourvu d'adhérences, et quand la femme n'est pas une arthritique nerveuse. Cela m'est arrivé et m'arrivera encore. Mais ces conditions-là ne sont pas si fréquentes, et on s'expose à des guérisons incomplètes pour conserver un organe de nulle valeur.

Vous dites qu'il n'est pas inutile? Mais, en vérité, à quoi peut-il

bien servir ? J'affirme que, les deux ovaires supprimés, la présence de l'utérus n'a jamais épargné à la femme un seul trouble nerveux, une seule bouffée de chaleur.

Vous dites qu'il n'est pas gênant ? Les faits vous répondent, et vous ne me soutiendrez pas que toutes vos castrations ovariennes sont des femmes guéries. Malheureusement, vous n'avez pas un point de comparaison, car vous n'aimez pas l'hystérectomie vaginale et vous ne l'avez pas mise à une épreuve suffisante. Moi, j'ai fait quarante-cinq fois l'hystérectomie vaginale secondaire à des femmes qui conservaient, après l'ablation des ovaires, un utérus douloureux ou hémorrhagique ; les résultats presque parfaits que j'ai obtenus démontrent bien que l'utérus entretenait leurs maux. Je vous renvoie encore à la thèse récente de Pauchet, qui, sur un total de 600 observations qui m'appartiennent, a trouvé 95 0/0 de guérisons complètes avec l'hystérectomie vaginale, et 65 0/0 avec la castration ovarienne. Hartmann enfin, partisan résolu de la voie sus-pubienne, déclare cependant que, « si on compare les résultats éloignés de la castration vaginale totale avec ceux de la castration abdominale annexielle, les résultats éloignés sont incontestablement supérieurs avec l'opération vaginale. » La pure castration annexielle lui a donné 55 0/0 de guérisons complètes, et à Schauta (de Vienne) 56 0/0. Aussi arrive-t-il à cette conclusion, qu'il faut pratiquer l'ablation de l'utérus dans tous les cas où l'état des annexes est tel qu'on doit sacrifier les deux côtés.

2° Il n'est pas vrai que, dans l'hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne, l'ablation des ovaires et des trompes soit le plus souvent impossible. Il n'est pas vrai que, si on laisse les annexes, la malade ne guérisse pas. Je les laisse, pour mon compte, dans un peu moins de la moitié des cas ; c'est déjà beaucoup, et la cause en est que je tiens peu à les enlever. Volontiers, je sacrifie l'opération complète à l'opération sûre, car je sais qu'elle me donnera tout aussi bien la guérison durable. Songez donc que vous avez toujours fait « à regret » l'hystérectomie vaginale, qu'aujourd'hui vous la faites « de moins en moins », et que, par suite, vous n'êtes pas très bien placé pour juger de ses résultats ; songez, au contraire, que j'en ai fait plus de 650, qu'un grand nombre de mes malades se promènent à Paris ou ailleurs avec des annexes dont elles ne souffrent pas, que j'ai vu quatre fois en tout, après l'extirpation incomplète, une suppuration légère et à peine incommode retarder la cicatrisation, que ces quatre malades elles-mêmes ont guéri comme les autres, et qu'enfin les nerveuses qui souffrent après les opérations se recrutent aussi bien — j'en ai souvent fait le compte — parmi celles qui n'ont plus d'annexes.

La malade citée par vous n'est pas un bon exemple. Vous avez

laissé, dans une opération laborieuse, des cavités purulentes sans pouvoir les atteindre ; il est naturel que la femme n'ait pas guéri. Il s'agit là d'une hystérectomie vaginale manquée, — c'est un malheur qui peut arriver à tout le monde, — mais non d'une hystérectomie vaginale incomplète, dans laquelle on laisse de parti pris des poches adhérentes, après les avoir ouvertes et traitées convenablement. Pour guérir la femme, il est clair qu'il faut ouvrir et traiter les collections.

3° De cette discussion incidente, il ressort une fois de plus que j'attache une grande importance, au point de vue thérapeutique, à la suppression de l'utérus, tandis que Reynier, convaincu de la supériorité de la voie sus-pubienne pour l'ablation intégrale des annexes, et persuadé en même temps que cette ablation intégrale est suffisante, néglige en principe la castration utérine. Il est des cas toutefois où il consent à la pratiquer ; c'est quand il y a infection grave et qu'il juge nécessaire de drainer par les voies déclives. Mais alors pourquoi, ayant dans la main un utérus petit et mobile, débarrassé des annexes et ne tenant plus que par le museau de tanche, aller le chercher par la voie vaginale ? C'est pousser loin cette séparation que je condamne entre la castration ovarienne, faite à l'ancienne mode, et l'hystérectomie, considérée comme un complément éventuel de l'acte opératoire. Ne ferait-il pas mieux, lorsqu'il sacrifie l'utérus, d'admettre un plan défini, une manœuvre combinée, au lieu de cette opération vaginale qui vient là comme une intruse et ressemble à un expédient ?

Cette manœuvre combinée, que réalisent le procédé américain et ses variantes, voilà ce que Reynier n'admet pas encore. « L'expérience, dit-il avec raison, nous renseignera définitivement. » Je suis de cet avis, mais pour quelques-uns d'entre nous l'expérience est déjà faite.

Je n'ai pas bien compris pourquoi Pozzi me reproche de « m'inspirer des anciens procédés » et de ne pas faire « l'énucléation sous-péritonéale de l'utérus ». Il me semble que je le serre d'aussi près que possible et que je l'énuclée véritablement, quand je décolle le péritoine de sa face antérieure, quand je coupe le long des bords l'insertion ligamenteuse. J'ai même pris l'habitude de déchirer avec le doigt cette insertion, quand il n'y a pas de vascularité exagérée, de telle sorte que la déchirure du ligament vient rejoindre celle du lambeau antérieur et que l'utérus se trouve ainsi déshabillé de son péritoine. Je ne vois pas qu'on puisse mieux faire dans le procédé américain. Mais que faites-vous donc, s'il vous plaît, quand l'insertion du ligament large est sillonnée d'artères flexueuses et de veines dilatées communiquant avec de gros sinus intra-utérins ? Coupez au ras ou décollez, vous aurez toujours du sang, et vous devrez

ajouter ou des pinces ou des fils. Vous nous racontez l'histoire d'un chirurgien qui, pour enlever un utérus par la voie vaginale, démontre qu'on peut, en mordant sur le tissu utérin, achever l'énucléation sans pinces ni ligatures. Le fait, en lui-même, n'est pas niable ; mais si votre chirurgien venait nous dire qu'il enlève ainsi couramment, et par séries, des utérus petits ou grands, avec ou sans vascularité, sans pinces ni ligatures, et sans tuer ses malades, je ferais les plus extrêmes réserves. Et, pour en revenir à l'hystérectomie sus-pubienne, je vous assure qu'en dépouillant l'utérus de son péritoine, en le détachant de ses annexes, en disséquant l'insertion vaginale, nous sommes d'accord pour le raser d'aussi près que possible ; mais aussi que cela n'empêche pas le sang de couler quand il y a du sang, et que rien au monde ne peut nous dispenser d'une hémostase attentive après l'extirpation de l'utérus.

Un mot encore pour répondre à Hartmann, et j'ai fini. Si mon collègue a bien voulu prendre pour lui tout ce qui, dans les lignes précédentes, s'applique à son argumentation, il reconnaîtra, j'espère, que je n'ai pas travaillé plusieurs années à simplifier mon manuel opératoire pour arriver à choisir « la voie la moins facile », et que ma façon d'attaquer l'insertion vaginale n'est pas inspirée par la crainte « de léser la vessie ou les uretères ».

Hartmann décrit une opération qui « dérive des procédés américains et du procédé de Doyen ». Il commence par libérer les annexes entre l'utérus et le rectum — ancienne contraction tubaire ; puis il dégage le col en avant par la taille du lambeau péritonéal ; puis il sectionne l'étage supérieur des deux ligaments larges et fait la moitié de l'hémostase, à droite et à gauche, en pinçant l'utéro-ovarienne et le ligament rond ; alors seulement, il ouvre le vagin en arrière et fait basculer. L'opération d'Hartmann ne rappelle que de loin la simplicité américaine et l'incision continue d'un côté à l'autre ; encore moins répond-elle à l'esprit du procédé de Doyen, où la bascule n'est pas une façon d'enlever l'utérus déjà presque libéré, avec une hémostase à moitié faite, — qui vous empêche alors de couper circulairement l'insertion vaginale ? — mais une manœuvre primitive, un moyen de l'arracher d'emblée sans hémostase préalable. En l'appréciant ainsi, je ne veux pas dire que l'opération d'Hartmann soit mauvaise. Ce qui la défend le mieux, c'est la série des 18 cas avec 18 guérisons présentés par son auteur.

Je termine par où j'ai commencé. Nous sommes presque tous arrivés, aujourd'hui, à faire l'hystérectomie abdominale en nous inspirant des mêmes principes et en suivant des procédés qui se touchent de fort près. Il faut donc éviter les louanges et les critiques trop absolues, les discussions sur des pointes d'aiguilles.

Le procédé américain et celui que je vous ai décrit pour les fibromes ne diffèrent entre eux que par des nuances peu sensibles. Tout est pareil, au fond, sauf le traitement du second ligament large. La bascule vers ce ligament n'a pas d'inconvénients et peut offrir des avantages. Vous voyez que je ne cherche pas à diminuer la valeur du procédé de Kelly.

Dans les suppurations pelviennes, il offre une lacune. Sans doute, si les deux annexes ne sont pas également malades, si, d'un côté, le pyosalpinx est de petit volume et d'énucléation facile, je veux bien commencer par là, poursuivre de haut en bas l'incision continue et renverser l'utérus vers le côté le plus dangereux, où il y a grand intérêt à faire l'énucléation de bas en haut. C'est le procédé américain pur et simple. Mais si les deux trompes sont également volumineuses, gonflées de pus, adhérentes, n'est-il pas bon d'avoir un moyen pour esquiver les dangers que présente l'attaque du premier ligament et pour agir de part et d'autre avec la même sécurité ? La double manœuvre de bas en haut, telle que je l'ai proposée, convient surtout aux cas où les deux annexites sont également difficiles à manier et menaçantes pour l'intestin.

Quant au procédé de Doyen, il serait l'égal des deux autres, si forcément il ne s'éloignait de son type et ne perdait de ses avantages dans les cas où la cavité pelvienne est sérieusement obstruée. Malgré la confiance de son auteur, qui l'applique à toutes les tumeurs, à toutes les suppurations, à tous les cas difficilement opérables, j'estime qu'il est excellent dans les fibromes, et qu'il est moins bien fait pour les graves suppurations pelviennes.

Rapports.

I. — *Cure radicale d'une grosse hernie inguinale*, par le professeur Gilis (de Montpellier).

Rapport par M. PICQUÉ.

M. Gilis (de Montpellier) vous a adressé une observation de cure radicale d'une grosse hernie inguinale, et vous m'avez chargé de vous présenter un rapport.

Voici d'abord le résumé de cette observation :

Il s'agit d'un homme de 35 ans, de haute stature, obèse mais d'une puissante constitution et d'une santé parfaite.

La hernie dont il est atteint est apparue en 1876. D'abord réductible, elle a augmenté peu à peu de volume, si bien qu'en 1885 elle a perdu

toute réductibilité. Après quelques essais infructueux le malade ne tarde pas à l'abandonner complètement à elle-même, tout en continuant à se livrer à ses occupations habituelles de boucher.

La tumeur prit alors un développement considérable. Au moment où M. Gilis l'examina pour la première fois, la hernie offrait une circonférence de 45 centimètres et mesurait 27 centimètres de longueur de l'orifice du tube au fond du scrotum où l'on pouvait facilement isoler le testicule. Elle descendait sur la cuisse jusqu'à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs.

A ce moment la hernie, qui était restée jusqu'alors indolente, recommençait à provoquer par son poids des tiraillements pénibles, augmentés par la marche et les efforts. Dans le décubitus horizontal une partie de la hernie rentrait assez facilement, mais la plus grande masse restait au dehors.

Le malade réclamant avec insistance une intervention, M. Gilis le soumit pendant une semaine à un régime préparatoire consistant principalement dans le séjour au lit et le régime lacté. Plusieurs tentatives de taxis furent alors faites mais restèrent sans résultat.

C'est alors, qu'après une enquête sérieuse au point de vue de son état général, M. Gilis se décida à une intervention qu'il pratiqua le 9 juin 1896 avec le concours dévoué de ses confrères les docteurs Léon Coste, Hortolis, professeur Hidozer, de MM. Léna et Pech, étudiants en médecine.

L'ouverture du sac mit à découvert une masse énorme d'épiploon derrière laquelle apparurent quelques anses intestinales.

L'épiploon fut reséqué selon les règles habituelles. Il pesait 1000 grammes.

L'orifice herniaire put facilement être exploré; il était en réalité moins large qu'on pouvait le supposer ; il admettait difficilement deux doigts ; le trajet était peu déformé, les parois en étaient solides et bonnes.

M. Gilis suivit alors la technique suivante : Il rapprocha les deux piliers de l'orifiee inguinal superficiel par une premier plan de sutures au catgut, puis il adossa les parois du sac adventice l'une contre l'autre par des surfaces aussi larges que possible et les réunit par une série de ligatures entrecoupées au catgut. Un deuxième plan de suture au catgut réunit les lèvres du fascia transversalis. Enfin la peau fut suturée au crin de Florence.

Notre collègue nous dit avoir préféré ce procédé à celui de Bassini, qu'il considère d'une exéeution beaucoup trop longue.

Les suites opératoires furent très simples. Le 19, la réunion par première intention était obtenue et le malade se leva au vingt-cinquième jour, la tunique adventice ramassée par les fils à ligature formait en avant de l'orifiee superficiel du canal inguinal une véritable colonne plongeant dans les bourses. Le 1er juin 1897 cette colonne est remplacée par un tractus fibreux qui, selon notre confrère, doit constituer en quelque sorte une colonne contreboutant le trajet inguinal.

Après un an le résultat s'est maintenu. Le malade, redevenu alerte, se

livre sans fatigue à de longues marches et a repris ses occupations professionnelles. Quand on invite le malade à tousser, on constate que la pression intestinale est réduite au minimum.

Ce résultat fait honneur à notre collègue de Montpellier et nous ne pouvons que l'en féliciter. Je ne veux faire, à l'occasion de cette observation, qu'une courte remarque.

Notre collègue nous dit qu'il n'a pas eu recours au procédé de Bassini qu'il considère comme trop long. Je crois qu'avec un peu d'habitude et une bonne assistance, on peut exécuter ce procédé avec une grande rapidité. J'y ai constamment recours; je le crois rationnel et efficace dans ses résultats.

Messieurs, je vous propose de remercier M. Gilis de l'envoi de son observation et de la déposer dans nos Archives.

II. — *Sur un cas de péritonite herniaire*, par le Dr Lemoniet (de Rennes).

Rapport par M. PICQUÉ.

M. le Dr Lemoniet (de Rennes) nous a adressé un cas intéressant de péritonite herniaire sur lequel vous m'avez chargé de vous présenter un rapport.

Voici d'abord le résumé de cette observation :

Il s'agit d'un homme de 50 ans, entré à l'Hôtel-Dieu de Rennes, le 30 octobre 1896 avec le diagnostic de hernie inguinale droite étranglée.

Cette hernie remontait à l'âge de 3 ans au dire du malade. Bien que n'ayant jamais été maintenue à l'aide d'un bandage, elle garda toujours un petit volume et n'empêcha pas le malade d'exercer le métier de manœuvre. Elle était complètement réductible et non douloureuse.

Il y a deux ans, le malade fut pris de coliques vives qui ne durèrent que deux ou trois heures et n'apportèrent aucune modification dans l'aspect extérieur de la tumeur.

Le 22 octobre 1896, le même phénomène se reproduisit mais plus intense. Le lendemain la hernie était irréductible ; les douleurs s'accentuèrent mais il n'existait ni nausées, ni vomissements, ni constipation.

Cet état persista pendant 7 jours, caractérisé par l'irréductibilité, la douleur au niveau de la hernie, l'augmentation de volume. C'est alors qu'il se décida à entrer à l'hôpital.

État à l'entrée. — La hernie forme dans la région inguinale droite une tumeur allongée un peu plus grosse qu'un œuf. Elle est tendue, partout sensible à la pression, sans maximum au niveau du collet. La peau est normale à sa surface. L'irréductibilité est absolue ; matité à la percussion.

A part la douleur au niveau du pédicule on retrouve les symptômes propres à l'étranglement ; mais les signes fonctionnels font défaut. Le malade n'a jamais eu de vomissements ; il a continué à s'alimenter, la dernière selle date de la veille et le matin même il y a eu émission de gaz par l'anus.

L'état général est bon sans modification appréciable de la température et du pouls. Le malade s'est rendu à pied à l'hôpital.

Malgré l'absence des signes habituels de l'étranglement, M. Lemoniet se décida à intervenir à cause de l'irréductibilité.

L'incision amène sur un kyste presacculaire en arrière duquel se trouve le sac herniaire très épais

L'ouverture du sac donne issue à une certaine quantité de liquide séreux un peu trouble et à des fausses membranes. On aperçoit alors l'intestin dépoli, congestionné et couvert d'exsudat. Avant tout déchirement *on constate qu'il n'existe aucune constriction au niveau du collet où le doigt pénètre facilement.* M. Lemoniet incise sur le doigt la paroi antérieure du canal inguinal jusqu'à l'orifice inguinal profond et *s'assure qu'il n'existe aucune coudure au niveau de cet orifice, aucun diaphragme en un point quelconque du trajet.* Le contour du sac est constitué par une anse d'intestin grêle sans épiploon, cet intestin est très adhérent au sac dans sa partie antéro-interne et au niveau du fond, et notre confrère est obligé de le libérer pour le réduire.

Des adhérences qui unissaient l'intestin au sac, les unes cellulaires cèdent facilement ; les autres, très solides, résistent et amènent presque une déchirure de l'intestin dont la paroi se dédouble pour rester en partie adhérente au sac. Il se forme ainsi un petit lambeau adhérent au sac par une extrémité, à l'intestin par l'autre ; il le sépare du sac, le rabat sur l'intestin et le suture par quatre points de soie.

Ainsi libéré, notre confrère s'assure ensuite qu'il *n'existe sur l'intestin ni sillons, ni lésions de nature à s'opposer à sa réintégration* dans la cavité abdominale. Il constate encore, en l'attirant un peu au dehors que *c'est bien à l'orifice inguinal profond que s'arrêtent les lésions du sac et de l'intestin.* Du côté du sac, épaississement et fausses membranes ; du côté de l'intestin, couleur foncée, exsudats et adhérences. Au delà, le péritoine et l'intestin reprennent leur aspect normal.

L'opération est terminée par une cure radicale selon le procédé de Bassini-Barker. Les suites furent très simples et le malade quitte l'hôpital complètement guéri le 22 janvier 1897.

Messieurs, nous devons savoir gré à M. le Dr Lemoniet de nous avoir adressé la relation de ce cas intéressant. Il s'agit, comme vous venez de le voir, d'un cas type d'inflammation herniaire, affection relativement fréquente dans sa forme chronique pour les grosses hernies ombilicales, très rare à la région inguinale, et surtout dans sa forme aiguë.

La notion d'inflammation a été introduite dans la science au XVIIIe siècle par Goursault, dans un mémoire resté célèbre et cette

notion, surtout théorique, avait pour but, dans l'esprit de son auteur, d'expliquer les diverses modalités cliniques des accidents de la hernie. La doctrine de l'inflammation trouva d'illustres défenseurs dans Malgaigne et son disciple Broca, dans sa remarquable thèse d'agrégation, en 1853, et on se rappelle l'extension qu'ils lui donnèrent en essayant d'y faire rentrer le plus grand nombre des cas d'étranglement pour conduire les chirurgiens à la temporisation. Mais cette doctrine devait disparaître par les exagérations mêmes de ceux qui la défendaient, et la notion d'inflammation ne resta guère dans la science que pour expliquer les cas d'irréductibilité par adhérences, si fréquentes dans les grosses hernies ombilicales.

C'est pourquoi le cas de notre confrère me paraît digne de retenir quelques instants votre attention.

L'observation, très bien prise d'ailleurs, nous permet, d'autre part, de constater que, contrairement à l'opinion en cours dans la science et que j'avais adoptée dans mon article de l'*Encyclopédie internationale*, l'inflammation ne conduit pas fatalement à l'étranglement consécutif, tel que le comprenait Franco au XVI[e] siècle.

Au point de vue clinique, cette observation démontre encore qu'elle ne donne pas lieu aux accidents graves qu'avaient signalés Goursault, ni même aux symptômes peu accusés qui caractérisaient l'inflammation herniaire dans la classification de Broca.

L'inflammation, dans le cas de M. Lemoniet, n'a donné lieu à aucun symptôme, et c'est une circonstance digne de remarque.

Quant à l'intervention, on ne peut que féliciter notre confrère de l'avoir pratiquée dans ces conditions spéciales.

Messieurs, je vous propose : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur ; 2° de déposer son observation dans nos Archives.

III. — *Anus contre nature, consécutif à une hernie crurale gauche. Gangrène. Entérectomie et enterorrhaphie avec le bouton anastomotique de Murphy modifié. Guérison*, par le D[r] GRINDA (de Nice).

Rapport par M. PICQUÉ.

Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation d'anus contre nature qui nous a été adressée par le D[r] Grinda (de Nice).

Voici d'abord le résumé de cette observation :

Il s'agit d'une malade de 40 ans, qui fut prise, le 26 juillet 1896, des symptômes chroniques de l'étranglement herniaire. Appelé le 3[e] jour

de l'étranglement, notre confrère trouve la malade dans un état général grave : il existe au niveau de l'anneau crural gauche une petite tumeur marronnée très douloureuse ; il pratique de suite la kélotomie, assisté des docteurs Barralès et Grinda père.

L'anse d'intestin étranglée présente plusieurs plaques caractéristiques de sphacèle ; elle est attirée au dehors après débridement de l'anneau et fixée à la paroi : les accidents s'amendent.

Après une tentative infructueuse dirigée contre l'éperon, M. Grinda pratique le 25 octobre la cure radicale de l'anus artificiel, de la façon suivante : Incision elliptique au niveau de l'union de la muqueuse et de la peau, se continuant en haut verticalement sur une longueur de 5 centimètres environ et affectant aussi la forme d'une raquette.

Dissection d'un cylindre intestinal mesurant 32 millimètres de longueur. L'anse libérée est facilement attirée au dehors.

La coprostase est assurée par deux petites longuettes.

Les bouts supérieur et inférieur de l'intestin sont sectionnés à 3 centimètres environ au-dessus de leur abouchement. Suture en bourse sur les cylindres mâle et femelle d'un bouton de Murphy mesurant 23 millimètres de diamètre. L'incision verticale primitive qui ne comprenait que la peau est complétée et agrandie et l'intestin anastomosé est réintégré dans la cavité abdominale.

Suture complète de la plaie cutanée sans drainage.

Suites opératoires très simples : le bouton est rendu le 35e jour.

Messieurs, ce résultat fait honneur à notre confrère et nous devons l'en féliciter. Il a sagement fait d'intervenir secondairement, et c'est à cette pratique, que vous avez préconisée à diverses reprises dans les cas de hernie gangrenée, qu'il doit en grande partie le succès qu'il a obtenu.

A l'époque où il a opéré sa malade, la mode était au bouton de Murphy ; il l'a appliqué heureusement après avoir étudié, avec grand soin du reste, dans des expériences cadavériques, le mode de circulation du bouton dans l'intestin.

Je suis persuadé qu'aujourd'hui, instruit, comme nous tous, des nombreux mécomptes de la méthode de Murphy, il donnerait la préférence, malgré le beau succès qu'il a obtenu, à un des procédés d'entéroanastomose et d'entérorrhaphie, si bien étudiés par notre collègue Chaput et qui ont été l'objet, dans ces derniers temps, de nouveaux perfectionnements.

Messieurs, je vous propose : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur ; 2° de déposer son travail dans nos Archives.

IV. — *Contusion violente du coude gauche par un coup de pied de cheval. Vaste ostéome du brachial antérieur déjà constitué au bout de quinze jours. Ablation. Guérison*, par le professeur J. Brault (d'Alger).

Rapport par M. PICQUÉ.

Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation nouvelle que vient de nous adresser, à l'appui de sa candidature, M. le professeur Brault (d'Alger).

En voici tout d'abord le résumé :

S..., soldat au 12e d'artillerie, est frappé le 18 juin 1896 par un cheval dont le sabot l'atteint au niveau de la région antérieure du coude. Il ne se présente à la visite, dans la crainte d'une punition, que le 15e jour et M. Brault porte le diagnostic d'ostéome du pli du coude.

Son état est le suivant : Il existe une atrophie marquée du bras, au niveau de la partie antérieure du coude gauche, l'on remarque une saillie assez volumineuse qui soulève la région.

Cette saillie présente une dureté osseuse, elle descend en bas et en dedans vers la base de l'apophyse coronoïde ; en haut, elle remonte à trois travers de doigt au-dessus du pli du coude.

Le volume, d'une façon générale, est à peu près celui d'un œuf, mais la tumeur n'est pas ovoïde. Elle est plutôt aplatie en forme de galet. Elle paraît située dans l'épaisseur du brachial antérieur. Elle est d'ailleurs très peu mobilisable. Les mouvements du coude sont gênés. L'extension est loin d'être complète ; quant à la flexion, elle est très limitée.

La pression exercée sur la tumeur est douloureuse. L'articulation par contre est indolente ; il n'existe plus à son pourtour de gonflement et l'on ne retrouve plus de traces d'ecchymose. Le malade signale une sorte d'engourdissement dans l'avant-bras et dans la main ; il y a des fourmillements et aussi une légère diminution de température, mais on ne constate pas de signe de névrite bien caractérisée dans la zone du médian.

L'opération est pratiquée le 8 juillet sous le chloroforme et à l'aide de la bande d'Esmark. M. Brault pratique deux incisions parallèles et symétriques le long des bords latéraux de l'humérus. Ce procédé opératoire permet d'aborder facilement l'ostéome, en dedans et en dehors sans être gêné par les vaisseaux et les nerfs.

L'incision d'une certaine épaisseur du brachial antérieur est rendue nécessaire. La tumeur occupe bien le centre du muscle, il existe une couche musculaire entre elle et l'humérus et notre confrère pratique la décortication de la tumeur avec la spatule, mais pour arriver à la désenclaver d'une façon commode, il se décide à la sectionner en deux à l'aide d'une cisaille fine.

Le galet osseux ainsi extrait en deux fragments est très rugueux

et couvert d'aspérités. Il mesure environ 8 centimètres de long sur 4 de large et 2 environ d'épaisseur.

Les suites en sont très simples ; au bout de trois semaines, la réunion est complète. Après deux mois et demi les mouvements de l'articulation étaient presque normaux.

Examen histologique. — Après décalcification de nombreuses coupes ont été pratiquées ; la tumeur est formée exclusivement de tissu osseux ; la substance fondamentale est criblée d'ostéoplastes.

Messieurs, bien que les observations d'ostéome du pli du coude soient aujourd'hui nombreuses, l'observation de M. Brault est intéressante à noter. Généralement, cette lésion survient à la suite d'entorses, de luxations ou de fractures. Il s'agit ici, au contraire, d'un choc direct.

Le siège de l'ostéome, son volume, la rapidité de son évolution, sont des faits également intéressants à retenir.

Au point de vue pathogénique, il semble qu'on ne puisse invoquer que l'hypothèse d'une myosite ossifiante, selon la théorie de Virchow.

Sa situation au milieu du muscle, la rapidité de son développement, éloignent de l'idée invoquée par Orlow, d'une production ostéopériostique.

Quant à l'hypothèse de Seydeler touchant la transformation d'un dépôt sanguin, en tissu osseux, elle ne saurait être soulevée.

Messieurs, permettez-moi, en terminant, de vous signaler la statistique importante que M. Brault vous a également adressée.

Chargé pendant deux ans d'un important service de chirurgie à l'hôpital du Dey, cette statistique comprend les opérations qu'il a pratiquées dans cet hôpital du 1er juin 1895 au 1er juin 1897. Elle comprend 694 opérations pratiquées dans toutes les régions, avec 1,85 0/0 de mortalité.

Cette statistique considérable, que je ne puis malheureusement vous détailler, montre toute l'activité et l'habileté opératoire de notre confrère.

J'espère, d'ailleurs, que vous voudrez bien vous rappeler, lors de la prochaine élection, les travaux nombreux et intéressants qu'il n'a cessé de nous adresser depuis quelques années.

Je vous propose encore, Messieurs : 1° d'adresser des remerciements à M. Brault ; 2° de déposer son observation et sa statistique dans nos Archives ; 3° de l'inscrire dans un rang très honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national de notre Société.

V. — *De la voie nasale (incision médiane) pour l'ablation des tumeurs naso-pharyngiennes (morcellement, tamponnement du pharynx)*, par M. Gaudier, ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Lille.

Rapport par M. PICQUÉ.

M. Gaudier (de Lille), dont le nom est déjà connu parmi nous pour son travail sur le traitement du cancer du rectum par un procédé d'extirpation totale, vous a récemment adressé un travail sur l'extirpation des polypes naso-pharyngiens.

Dans ce travail, sur lequel vous m'avez prié de vous présenter un rapport, l'auteur, s'appuyant sur deux cas personnels de sa pratique, insiste sur les avantages qu'offre la voie nasale dans les cas où la tumeur présente une évolution nasale.

Les deux observations qu'il vous rapporte sont deux cas de fibro-sarcomes, ainsi qu'il résulte de l'examen histologique pratiqué par le professeur Curtis, tumeurs qui présentaient non une implantation pharyngée, mais une évolution surtout nasale.

Son procédé est un procédé de cure rapide, qu'il intitule « Morcellement des tumeurs pharyngo-nasales par la voie nasale ».

Il nous le décrit de la façon suivante :

Anesthésie. — L'anesthésie chloroformique se fait dans la position horizontale et non dans celle de Rose, la tête étant bien éclairée, le jour tombant bien dans les fosses nasales.

Quand la contraction des mâchoires a cessé, on procède d'abord au tamponnement du pharynx nasal au-dessus et autour de la tumeur.

Tamponnement. — Pour cela la fosse nasale la plus perméable est choisie et l'on introduit par là soit la sonde de Belloc, soit tout autre conducteur flexible qui nous permettra de ramener une anse de fil par la narine. A cette anse, de forte soie, est solidement fixé un gros tampon de gaze iodoformée chiffonnée, que l'on introduit par la bouche, que l'on guide rapidement avec le doigt derrière le voile du palais et que l'on repousse ainsi le plus haut possible dans le *pharynx nasal*, non contre les choanes précisément, mais tout autour de la tumeur qu'il doit coiffer ; c'est un tampon *hémostatique et obturateur.* Le fil nasal étant alors tiré le plus possible, on le fixe dans cette position au moyen d'une pince. Le tampon doit remplir autant que possible le Cavum, c'est un point important ; il ne faut pas craindre de le faire trop gros.

Morcellement. — Le tamponnement ayant été fait le plus rapidement possible, on incise sur la ligne médiane, tout contre la cloison, la fosse nasale où se trouve la tumeur qui souvent fait saillie au dehors sous forme d'un champignon sanieux et saignotant ; l'incision faite au ciseau ou au bistouri doit aller jusqu'aux os propres qui pourront même être

aussi *écartés*, mais avec beaucoup de prudenec, d'un coup de eiseau à froid.

Faites rétracter les deux volets ainsi formés, nettoyez et vous avez une large brèche dans laquelle s'enfonce la tumeur déjà mise à nu sur plusieurs centimètres.

Comme, en général, ces tumeurs sont *plus résistantes* au fur et à mesure qu'elles se rapprochent de leur point d'implantation, déjà le doigt introduit délicatement dans la fosse nasale qui est réduite à une eavité presque cylindrique (les cornets ayant été refoulés et atrophiés par la compression de la tumeur) peut aller reconnaître la base du fibrome.

Au moyen de *pinces à morcellement* à plateau plutôt étroit, prenez la tumeur le plus loin possible et essayez des tractions très douces mais continues, sectionnez ce qui vous gêne, tirez encore au moyen de bonnes prises et vous serez tout étonné *d'aceoueher* véritablement des tumeurs énormes que vous ne supposiez pas devoir passer par cette voie. Dès que la tumeur a été amenée au dehors, ce que l'on reconnaît à sa forme arrondie fibromateuse et aux parcelles d'os qui adhèrent à sa base d'implantation, un aide tire sur le fil nasal du tampon de manière à l'attirer à lui pendant qu'avec le doigt *bueeal* vous refoulez le tampon en haut. Une bande de gaze, préparée d'avance et introduite par le nez fera l'hémostase; vous pouvez, du reste, la rendre plus hémostatique en l'imbibant d'eau oxygénée. Au bout de quelques minutes la bande nasale est enlevée doucement, *le doigt va reconnaître* le point d'implantation de la tumeur, et il ne reste plus rien. Comme vous avez fait du morcellement et de la traction, la tumeur a enlevé avec elle un peu de périoste; votre doigt sentira donc une surface rugueuse ostéofibreuse. Pour finir l'opération, une longue bande très mince de gaze est introduite par la fosse nasale, guidée par le doigt et une longue pince, en même temps qu'on refoulera doucement du côté de la bouche le tamponnement pharyngé. Cette bande doit le remplacer. Enlevez le tampon pharyngé en lâchant le fil nasal et en tirant sur le fil buccal, ce qui vous permettra de l'amener au dehors. Que votre doigt assure la bonne situation de la bande hémostatique dans le pharynx nasal. Si le tamponnement pharyngien a été bien fait le malade ne doit pas avoir avalé une goutte de sang.

Restauration du nez, par un double plan de sutures, *muqueuses*, en surjet, au catgut, *eutanées* au crin de Florence, ou *intradermiques* à la soie fine. L'extrémité de la bande de gaze sort par la narine. Pansement antiseptique. La bande doit être laissée en place vingt-quatre heures et retirée très doucement par la narine après l'avoir imbibée par cette voie avee un peu d'eau boriquée bouillie. Il n'est en général pas nécessaire d'en remettre et se contenter dans les premiers jours d'instillations mentholées par les narines, la tête renversée, de gargarismes et de fréquents lavages buccaux. L'alimentation pendant quelques jours doit être exclusivement liquide. Les points de suture doivent être enlevés au plus tard le 6e jour. Au bout d'un mois la eieatrice sera à peine visible. (Soigner particulièrement la suture).

Messieurs, s'il est pour nous un devoir d'accueillir dans notre Société les travaux de nos confrères de la province et de leur donner la publicité de notre tribune, nous devons remplir ce devoir en toute indépendance.

Or, la communication de M. Gaudier soulève, à mon sens, de sérieuses objections, et notre jeune confrère, dont j'apprécie d'ailleurs toute l'intelligence et l'activité, me pardonnera, je pense, de vous dire toute ma pensée au sujet de son travail.

Je regrette tout d'abord qu'il ne nous ait pas renseigné davantage dans ses observations sur la saillie formée par la tumeur dans le rhino-pharynx et sur les déformations du nez.

La présence d'un prolongement nasal, ne suffit pas, pour moi, à caractériser l'évolution nasale. C'est le prolongement classique de la plupart des fibromes à implantation pharyngée. Il faut une implantation antérieure et supérieure, une absence de saillie dans le rhino-pharynx et une déformation du squelette nasal, pour caractériser cette évolution. Voilà un premier point.

Quant à la voie nasale, elle ne me paraît, pour ma part, justifiée que dans les conditions assez rares, en somme, que je viens de signaler.

J'ai eu l'occasion, récemment, de l'appliquer dans un cas qui m'avait été adressé dans mon service de l'hôpital Dubois, par mon excellent collègue Cartaz, et je n'ai eu qu'à me féliciter d'avoir appliqué le procédé d'Ollier, qui donne, d'ailleurs, plus de jour qu'on ne serait disposé à le croire *à priori*. Il s'agissait d'un cas de sarcome des fosses nasales à implantation antéro-supérieure.

Toutes les fois, au contraire, que la tumeur a un point d'implantation pharyngée, c'est à la voie palatine qu'il faut recourir.

Les avantages que M. Gaudier reconnaît à son procédé ne lui appartiennent pas en propre : nous les retrouvons également dans la méthode palatine.

L'hémostase se fait très rapidement. Je puis même affirmer qu'elle est beaucoup plus sûre, puisqu'on a sous le doigt et sous l'œil le point d'implantation ; ce qui n'est guère possible, on l'avouera, lorsqu'on vient à attaquer, par la voie nasale, une tumeur à implantation pharyngée.

Il s'ensuit que la rapidité d'exécution que M. Gaudier invoque en faveur de son procédé, existe à un plus haut degré dans la méthode palatine, surtout quand il s'agit de tumeurs télangiectasiques.

J'ai eu l'occasion d'opérer, avec M. le professeur Berger, des cas que j'ai rapportés à cette tribune et où l'hémostase s'est faite rapidement grâce à la division de la voûte palatine et n'aurait certes pu se faire avec une autre méthode.

Le sang vient à flots et l'écoulement ne s'arrête que lorsque le

morcellement est terminé et qu'on est arrivé sur la base d'implantation.

N'est-il pas vrai que le morcellement ne se fait vite que lorsque le pédicule est sous les yeux, au regard de la brèche palatine? Et que pense-t-on de ce même morcellement au fond du cylindre dont parle notre confrère !

Enfin, pour éviter l'écoulement du sang dans le pharynx, il me semble que la position de Rose, que pour ma part j'ai toujours adoptée, est bien préférable au procédé du tamponnement tel que nous le décrit M. Gaudier.

Je ne comprends que le tamponnement consécutif que la position de Rose facilite beaucoup.

Dans ma première observation, j'avais eu recours à la trachéotomie. Dans mes autres opérations, et sur le conseil de M. Berger, je renonçai à cette opération préalable et j'ai pu m'assurer qu'aucune goutte de sang, même dans les tumeurs les plus télangiectasiques, ne tombait dans les parties inférieures.

J'ajouterai maintenant que, selon moi, la nature des tumeurs enlevées par M. Gaudier doit constituer une contre-indication absolue à l'emploi de la méthode nasale.

Il faut pouvoir surveiller le pédicule, et la division de la voûte palatine permet seule de remplir cette importante indication.

Plusieur de nos malades, opérés à Lariboisière, ont présenté des récidives au niveau du point d'implantation et M. Gougenheim, avec une courtoisie dont je ne saurais trop le remercier, a dû parfois, grâce à notre brèche, cautériser le point d'implantation pendant de longs mois avant d'arriver à une guérison définitive.

J'estime donc, en terminant, qu'à part les cas tout à fait exceptionnels où l'on peut avoir recours à la voie nasale et ceux dont je n'ai pas à parler ici, qui sont justiciables de la voie maxillaire, c'est à la voie palatine qu'il convient d'avoir recours.

Cette voie présente tous les avantages attribués par notre confrère à la voie nasale; elle a, de plus, l'avantage de permettre la serveillance prolongée du point d'implantation.

Messieurs, j'ai cru devoir, dès le début, justifier mes critiques. M. Gaudier, d'ailleurs, est un chirurgien habile, laborieux, digne d'encouragement et dont nous avons pu déjà apprécier les travaux.

Je vous propose : 1° de lui adresser des remerciements pour l'envoi de son travail; 2° de déposer ses observations dans nos Archives.

Lecture.

M. Témoin (de Bourges) lit un travail intitulé : *Rate accessoire ; ablation.*

Renvoyé à une Commission (M. Hartmann, rapporteur).

Présentation de pièces.

Corps étranger de l'œsophage. Pièce de cinq centimes dont la présence et le siège ont été révélés par la radiographie. Extraction, après seize jours, avec le panier de Grafe.

M. Jalaguier. — Le 6 décembre dernier, je recevais à l'hôpital Trousseau, une fillette de 4 ans et demi qui m'était adressée par un ami, le Dr Récamier.

L'enfant avait avalé un sou le 20 novembre et le corps étranger était si bien toléré, ne gênant qu'à peine la déglutition, que, dans un hôpital où l'enfant avait été conduite, on avait admis le passage du sou dans l'estomac. Le Dr Récamier m'envoyait, avec la petite malade, l'épreuve radiographique que je vous présente et qui montrait, de la façon la plus nette, le corps étranger arrêté à la fin de la portion cervicale de l'œsophage. Cette radiographie, qui me paraît absolument remarquable, a été obtenue par le Dr Gautier.

Des tentatives infructueuses avaient été faites pour extraire le corps étranger et je me demandais, s'il ne serait pas nécessaire de pratiquer l'œsophagotomie externe. Cependant comme il me fut possible, l'enfant étant endormie, d'arriver avec mon index gauche jusqu'au bord supérieur du corps étranger, je me décidai à essayer de passer le panier de Grafe ; j'y parvins sans difficulté en guidant l'instrument avec mon doigt et je ramenai la pièce de monnaie.

Les suites furent bénignes ; l'enfant quittait l'hôpital le 8 décembre sans avoir eu le moindre accident.

Je ne vous aurais pas présenté cette observation qui est banale, s'il ne m'avait semblé intéressant de vous montrer en même temps que le corps étranger, cette belle épreuve radiographique. D'autre part, j'ai saisi cette occasion de réhabiliter une fois encore (Voir *Soc. chir.*, 15 mars 1893, p. 191) le panier de Grafe qui est un instrument excellent et complètement inoffensif à condition de le manier avec prudence et de réserver son emploi pour les pièces de monnaie. Je m'en suis servi bien souvent et n'ai jamais eu à le regretter. Chez les petits enfants, je n'hésite jamais à donner le chloroforme, car l'anesthésie facilite singulièrement le passage du panier.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

Nélaton.

Séance du 22 décembre 1897.

Présidence de M. Delens.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

M. Picqué dépose sur le bureau de la Société le volume du *XIe Congrès de chirurgie.*

Discussion sur les corps étrangers du rectum.

M. Bazy. — Je voulais insister sur ce que j'ai dit dans la précédente séance. Lorsque j'eus placé une valve postérieure relevant le coccyx, il aurait suffi d'appuyer sur le goulot de la bouteille faisant saillie à l'hypogastre pour la faire sortir immédiatement.

Communications.

I. — *Trois gastro-entérostomies pour ulcères simples de l'estomac avec hématémèses ou péritonites.*

Par M. TUFFIER.

Le traitement chirurgical de l'ulcère simple et de ses complications est à l'ordre du jour; il vient d'être l'objet de deux très intéressants mémoires au Congrès allemand et d'un excellent travail de Marion, mais la question reste pendante, les faits étant trop peu nombreux pour permettre des conclusions fermes. Les procédés que la chirurgie oppose à *l'ulcus rotondum* sont différents et il est nécessaire d'être éclectique. Chacun d'eux trouve son application

suivant le sujet, la forme, l'étendue, la profondeur, la durée, la période d'évolution de l'ulcère. Je viens de rencontrer, sur les opérations de chirurgie stomacale que j'ai pratiquées, trois cas d'ulcère simple, bien nets, en pleine évolution, ulcères florides, et j'insiste sur le terme bien nets, parce que nous savons tous quelles difficultés extrêmes, et heureusement rares, présente, pendant l'opération, le diagnostic différentiel de l'ulcère et du cancer.

Nous attaquons l'ulcère à plusieurs de ses périodes : 1° quand il est en pleine évolution; 2° quand il est devenu chronique calleux; 3° quand la cicatrisation plus ou moins parfaite laisse des rétrécissements du pylore. J'ai pratiqué des opérations à ces trois périodes; mais les trois malades dont je vous présente l'histoire ont trait à la chirurgie de l'ulcère pendant qu'il est en *pleine efflorescence*. Les accidents qui m'ont conduit à intervenir sont dans deux cas des *hématémèses* considérables et incoercibles. Ces accidents avaient provoqué, chez deux hommes robustes, une anémie extrême, jointe à des vomissements incessants qui les avaient réduits à une cachexie profonde. L'un d'eux nous arriva avec des lésions qui expliquent facilement cet état, puisque l'ulcère avait attaqué et gangréné la face inférieure du foie. Mon troisième malade m'était adressé avec le diagnostic *d'ulcère compliqué de péritonite par perforation*. De fait, il était survenu, chez une femme jeune atteinte d'un ulcère avec hématémèses datant d'une année et soumise depuis trois ans au régime lacté, une douleur brusque et très vive au niveau de la grande courbure stomacale, sous les fausses côtes gauches; cette douleur s'était accompagnée de ballonnement progressif du ventre, d'un facies grippé, d'un pouls rapide qui devaient faire craindre cet accident.

Le siège de ces ulcérations étaient différent : l'un occupait la petite courbure et la face inférieure du foie; le second occupait la région prépylorique; le dernier, qui menaçait de se perforer, siégeait sur la grande courbure vers son tiers supérieur, il était entièrement caché sous les fausses côtes.

Les lésions appréciables pendant l'opération étaient bien différentes. L'ulcère de la petite courbure formait avec le foie une masse ligneuse indurée, lisse, blanchâtre, adhérente à l'épiploon et qui simulait un néoplasme; celui qui recouvrait la région prépylorique était, au contraire, bien limité, à bords réguliers, avec quelques adhérences périgastriques; au contraire, chez la femme atteinte d'ulcère de la grande courbure, je trouvai un péritoine injecté, du liquide citrin dans l'abdomen, un estomac absolument adhérent derrière les fausses côtes, normal en tous points, sauf derrière les fausses côtes, où en essayant de libérer les adhérences jeunes, lâches et molles, je sentis une surface indurée, puis un amin-

cissement progressif qui me fit abandonner toute tentative d'exploration que je considérai comme dangereuse chez une malade dont l'état était si grave.

Chez ces trois malades, j'ai fait la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. Un de mes opérés, dont l'ulcère avait atteint la face inférieure du foie, a succombé au huitième jour sans aucune réaction péritonéale et l'autopsie a montré l'intégrité de la séreuse, la suture parfaite de la néostomie et une plaque ulcéreuse à la face inférieure de la glande hépatique. Chez mes deux autres opérés, le résultat opératoire a été parfait et le succès thérapeutique, m'a étonné par sa rapidité et sa persistance. Mon premier malade vomissait le sang à pleine cuvette; non seulement il n'a pas eu une seule hématémèse depuis son opération, mais il a pu abandonner tout régime et il est sorti de l'hôpital mangeant la nourriture commune, sans aucune gêne ni aucune douleur. La femme, que j'ai opérée en pleine péritonite par propagation, n'a pas eu un seul vomissement; ses douleurs ont disparu complètement; au douzième jour, elle refusait le régime lacté qu'elle suivait depuis trois ans, et elle mangeait comme tous les malades, sans une gêne quelconque. Chez elle, l'opération avait été particulièrement délicate, les adhérences ne permettant pas d'attirer l'estomac, et nécessitant une opération au fond de l'abdomen avec un minimum de traction sur le viscère.

La gastro-anastomose, ainsi pratiquée, a, dans ces cas un double effet; elle remédie à la rétention des produits ingérés dans l'estomac, et elle met l'organe au repos. C'est évidemment sur l'élément moteur qu'elle agit, et, dans ces deux cas, ce résultat suffit à supprimer les vomissements et les hémorrhagies. Dans ces deux cas, aucun autre traitement médical quelconque n'a été employé. Mes deux malades ont guéri par le simple fait de l'ouverture chirurgicale gastro-entérique, et la rapidité de la guérison a été telle qu'il est impossible d'admettre la réparation de l'ulcère dans un temps si minime. C'est donc bien à la cessation du contact prolongé des aliments et à la mise au repos de l'organe, qu'est dû la disparition des accidents.

Mais il faut bien s'entendre sur la mise au repos relatif de l'estomac. De ce que nous créons une anastomose entre l'estomac et l'intestin, il ne faut pas croire que nous draînons sa cavité et que les aliments vont passer de l'œsophage dans le jéjunum sans séjourner dans l'estomac. Des recherches bien connues, très précises et très multipliées, ont montré que la digestion gastrique continue après l'anastomose. L'étude de la digestion stomacale au triple point de vue du chimisme, de la motricité et de l'évacuation ont établi : 1° que le chimisme varie peu, et suivant la nature de

la maladie; 2° que le séjour des aliments n'est pas plus court que normalement; 3° que la motricité reprend sa puissance dans des cas déterminés, suivant la cause et la période de notre intervention. Pour ce qui est de l'ulcère, que la gastro-anastomose soit faite au-dessus ou au-dessous de la lésion, le résultat est le même. Au moment où la digestion est chimiquement suffisante, l'estomac se contracte et évacue sans peine son contenu par la néostomie sans lutter contre le pylore réfractaire. Tout cela s'adresse à l'ulcère simple hémorrhagique, et non pas à ces curieuses érosions hémorrhagiques bien connues, qui tuent brusquement par hématémèse, et qui sont si petites qu'il est difficile, même à l'autopsie, d'en déceler la présence; la résection est alors la seule méthode à employer. Voici mes trois faits.

II. — *Abcès à pneumocoques de l'espace pelvi-rectal inférieur et supérieur.*

Par M. BAZY.

Le fait que je vais vous communiquer est intéressant par sa rareté, par l'obscurité de sa pathogénie. Il est rare d'observer un abcès à pneumocoques primitif en quelque sorte; car on trouve toujours ou presque toujours une infection pharyngée amygdalienne ou pulmonaire avant la détermination éloignée.

Ici, comme on le verra, on n'a pu rien trouver avant la lésion pour laquelle le malade est entré à l'hôpital : ni angine, ni bronchite, ni pneumonie.

De plus, la localisation de l'infection pneumococcique dans le tissu cellulaire pelvi-rectal et pelvi-anal me paraît rare, et si on a cité des suppurations thyroïdiennes, des péritonites, des salpyngites, des ostéomyélites à pneumocoques, on n'avait pas, que je sache, cité d'abcès à pneumocoques de l'espace ischio-rectal.

Voici l'observation prise par l'externe de service avec l'examen bactériologique et les cultures faites par M. Jousset, interne à l'hôpital Tenon, qui avait vu le malade avant de nous l'envoyer.

G. G..., charretier, âgé de 24 ans, entre dans mon service à l'hôpital Tenon, salle Seymour, lit n° 20.

Pas d'antécédents, s'est toujours bien porté jusqu'à ces derniers temps. Il n'a pas eu notamment d'angine, ni de bronchite, ni de pneumonie.

Il y a huit jours seulement a ressenti du côté de l'anus une sensation de douleur, marquée surtout au moment de la défécation.

Les douleurs ont augmenté progressivement; elles étaient spontanées et augmentaient surtout pendant les selles.

Du côté droit de l'anus, on voit une saillie rosée, avec œdème et un léger bourrelet hémorrhoïdal de ce côté, douloureuse à la pression, mais non fluctuante.

Le doigt introduit dans le rectum sent la paroi rectale tuméfiée, déprimée, douloureuse; au périnée, on arrive à sentir une fluctuation vague, avec le doigt placé au voisinage de l'anus, sur la saillie légère signalée plus haut.

La température oscille entre 38°,8 le soir et 37°,5 le matin.

Le jour de l'opération, elle est de 37°,4 le matin; elle monte à 38°,8 le soir pour redescendre à 37°,2 le matin et reste définitivement au-dessous de 37°.

Voici en quoi a consisté l'opération, telle qu'elle est transcrite sur mon registre d'opérations :

Opération le 31 octobre 1897. — Ouverture d'un abcès pelvi-rectal. Incision antéro-postérieure à 1cm,5 environ à droite de l'orifice anal et mesurant 4 centimètres environ.

Le bistouri, dirigé tout d'abord parallèlement au rectum, mais trop près de l'ischion, ne rencontre pas le foyer.

On le rencontre tout à fait en dedans et il s'écoule environ deux cuillerées à bouche de pus verdâtre, très épais, comme gélatineux, non odorant. Le doigt introduit dans la cavité remonte à 6 centimètres environ, et rencontre à 4 centimètres une bride transversale qui pourrait être le releveur de l'anus; drain; pansement iodoformé.

Examen et cultures du pus, par M. Jousset, interne à l'hôpital Tenon.

1er échantillon de pus (prélevé au moment de l'opération). — Pus abondant, visqueux, d'une transparence spéciale, complètement inodore.

Examen direct. — Très peu de microbes, quelques rares diplocoques qui gardent la couleur après traitement de Gram et paraissent encapsulés.

Ensemencements. — Poussent difficilement en piqûre sur gélatine, ne la liquéfie pas.

Sur sérum solidifié, en strie, légère bande grise transparente, se développant en trois jours; les éléments sont des diplocoques présentant les caractères précédents.

Inoculation. — Une souris inoculée sous la peau avec une goutte de pus délayée dans de l'eau salée meurt en quarante-huit heures de septicémie pneumococcique. Une gouttelette du sang du cœur de cette souris réinoculee à un deuxième animal le fait mourir dans des conditions identiques.

2e échantillon de pus (prélevé trois jours après l'opération). — L'examen direct montre des éléments bacillaires mélangés à des diplocoques. Seuls, ceux-ci prennent le Gram; les bacilles se décolorent.

Ensemencé en boîtes de Petri et dans du bouillon, ce pus produit un développement prédominant d'une espèce microbienne ayant les caractères suivants :

Bacille mobile ; décoloré après traitement de Gram ; ne liquéfiant pas ; donnant odeur fécaloïde aux cultures; n'agglutinant pas du sérum typhique même au 1/10e.

La culture en bouillon (louche, ne déposant pas, d'aspect moiré) est inoculée à la dose de quelques gouttes à une souris qui meurt en trois jours. L'examen du sang de cette souris et l'ensemencement de ce sang restent négatifs.

Conclusions. — Infection pneumococcique pure primitive.

Pénétration secondaire probable de coli-bacille.

Le drain a été raccourci progressivement et enlevé le 8e jour. Guérison sans fistule.

Rapports.

I. — *Kyste multiloculaire du cou. Traitement par l'extirpation complète. Guérison*, par le Dr Buffet, chirurgien en chef de l'hôpital d'Elbeuf.

Rapport par M. C. WALTHER.

M. le Dr Buffet, chirurgien en chef de l'hôpital d'Elbeuf, vous a, il y a quelque temps, envoyé une observation que vous m'avez chargé d'analyser, observation intéressante à plusieurs titres et sur laquelle vous me permettrez d'appeler un instant votre attention.

Une femme, âgée de 36 ans, mère de trois enfants, grande, robuste, sans antécédents pathologiques, entre le 10 octobre 1888 à l'hôpital d'Elbeuf pour une énorme tumeur du cou.

C'est à l'âge de 30 ans, après son premier accouchement qui fut assez laborieux qu'elle remarqua la présence d'une tumeur du volume d'une noix entre l'oreille et l'angle de la mâchoire du côté droit. Cette tumeur, absolument indolente, s'est accrue progressivement, régulièrement, mais d'une façon beaucoup plus sensible après chaque accouchement.

A l'entrée de la malade à l'hôpital d'Elbeuf, la tumeur est d'un volume vraiment énorme.

De l'angle de la mâchoire, de l'apophyse mastoïde et de la ligne courbe occipitale, elle s'étend jusqu'à six travers de doigt au-dessous de la clavicule ; son diamètre horizontal est aussi long car elle enveloppe toute la moitié droite du cou, depuis l'extrémité interne de la clavicule gauche jusqu'à la colonne vertébrale, retombant sur le sternum, sur la région pectorale, sur le moignon de l'épaule et la région scapulaire.

En avant, elle fait une saillie du volume d'une tête d'adulte ; en arrière, elle offre l'apparence d'un sac jeté sur l'épaule.

La circonférence du cou, au niveau du point le plus saillant de la masse, est de 68 centimètres.

A la surface de la tumeur se creuse une dépression très marquée correspondant au sternomastoïdien.

La peau n'offre aucune altération, partout elle est souple et mobile.

La consistance est variable ; la tumeur semble, à la palpation, très inégale, bosselée de masses, les unes très fluctuantes, d'autres rénitantes, d'autres de consistance plus ferme, presque dure.

En arrière se trouve une grande poche qui confine à la colonne vertébrale et s'étend depuis l'épaule jusqu'à la ligne courbe occipitale.

Le développement de cette tumeur n'a pas été sans provoquer quelques troubles fonctionnels. La malade se plaint de maux de tête et surtout de fatigue et d'oppression. La voix est altérée, un peu rauque ; la respiration est gênée ; à l'auscultation, le murmure vésiculaire est masqué par le retentissement du bruit trachéal.

Le 15 octobre, tant pour soulager la malade que pour se renseigner sur la disposition des poches principales, M. Buffet pratique, avec l'aspirateur Potain, plusieurs ponctions qui permettent d'évacuer 5 poches principales, indépendantes les unes des autres et contenant chacune un liquide différent, citrin, sanguinolent, verdâtre ou de couleur chocolat.

Ainsi réduite par ces ponctions, la tumeur a le volume d'une tête d'enfant, située au niveau de la fosse sus-claviculaire ; cette masse, qui paraît solide, se déplace assez facilement sur les parties profondes. A gauche, au-dessus de l'extrémité interne de la clavicule est comme isolée par l'évacuation des poches voisines une petite tumeur du volume d'une mandarine qui semble indépendante.

Ces ponctions ne donnent qu'un soulagement bien éphémère ; le liquide se reproduit rapidement et la malade réclame une intervention plus efficace.

Entre les ponctions suivies d'injections modificatrices, méthode le plus souvent inefficace, parfois dangereuse, et l'extirpation, M. Buffet n'hésite pas à choisir cette dernière.

La tumeur à attaquer est constituée, en résumé, par une masse principale de consistance solide présentant les prolongements kystiques suivants :

1° Un lobe postérieur allant jusqu'à la colonne vertébrale ;

2° Un lobe inférieur comprenant 3 poches kystiques faisant corps avec la partie solide et recouvrant la clavicule droite et le sternum ;

3° Un lobe médian situé au niveau de la fourchette sternale ;

4° Enfin une tumeur kystique semblant indépendante et située au-dessus de la clavicule gauche.

L'opération est faite le 31 octobre sous l'anesthésie chloroformique, et je ne puis mieux faire ici que de rapporter textuellement la description que nous donne M. Buffet des différents temps de cette laborieuse extirpation :

« 1° Une incision de 25 centimètres est dirigée de l'apophyse mastoïde jusqu'à 6 centimètres au-dessous de la clavicule droite au niveau de son tiers externe ; par cette ouverture, une grande partie de la masse est mise à nu ; les bords de l'incision étant disséqués et bien écartés, j'attire au dehors la loge postérieure qui n'est retenue que par des adhérences cellulaires lâches et, comme elle est adhérente aux loges antérieures, je la ponctionne pour en vider le contenu.

« 2° Continuant ma dissection, je trouve une poche indépendante, de la grosseur d'un œuf de poule, située sous le tiers externe de la clavicule et je l'énucléc facilement sans la rompre.

« 3° Puis je détache les connexions de la masse considérable qui recouvre la clavicule et le sternum, composée de 3 kystes volumineux, et je ponctionne également ces 3 poches adhérentes à la partie solide.

« 4° Il me reste alors une tumeur composée de la partie solide et des enveloppes des kystes ponctionnés à l'instant.

» La dissection en est minutieuse et pénible ; le sterno-mastoïdien est détaché assez facilement ; il est réduit à une mince couche de fibres éparpillées ; mais en disséquant profondément la tumeur, je sens des prolongements dans la direction des interstices musculaires et du côté des vaisseaux ; l'aponévrose est en partie détruite.

« Lorsqu'il ne reste plus à séparer que ces prolongements, comme je suis gêné pour les bien voir par cette masse volumineuse, difficile à maintenir et à diriger, j'en résèque la plus grande partie. La section s'opère à travers une masse de petits kystes (une trentaine) dont une partie du contenu se répand dans la plaie et est aussitôt épongée.

« Les scalènes sont découverts ainsi que le nerf phrénique ; un prolongement pénètre entre les deux muscles qu'il écarte, je réussis à le détacher assez facilement ; un second prolongement s'enfonce jusqu'à l'œsophage et présente sur le côté une gouttière où passent les vaisseaux ; je me sers surtout des doigts pour rompre les adhérences ; la carotide est facilement détachée mais des adhérences plus intimes existent pour la veine sur laquelle se produit une petite déchirure qui nous oblige à poser deux ligatures sur le vaisseau.

« Enfin le reste de la tumeur est enlevé et nous voyons alors l'artère complètement libre, dénudée, animée de mouvements vermiculaires rapides ; le nerf pneumogastrique et le grand hypoglosse sont à découvert.

« 5° Il ne reste plus qu'un petit kyste engagé dans la partie supérieure du médiastin et indépendant ; il est énucléé facilement.

« 6° Enfin une dernière poche, également indépendante, se trouve à l'autre côté du cou ; je réussis à la faire passer de gauche à droite sous la trachée, dans le champ opératoire, et l'extirpation se fait facilement. »

La plaie est réunie, après lavage à la liqueur de van Swieten, et un drain placé à la partie déclive.

L'opération a duré une heure.

Les suites de l'opération sont assez simples. Pendant les quatre premiers jours, la température s'élève progressivement jusqu'à 39° pour

retomber le 5e jour, après le pansement et la désinfection des deux derniers points de suture qui étaient infectés.

Le 3e jour, M. Buffet note des intermittences cardiaques assez fréquentes (10 à 12 par minute) qui cèdent vite sous l'influence d'injections de caféine ; il y a aussi un peu d'œdème de la face, de la céphalalgie, de l'assoupissement qu'il attribue à la gêne de la circulation veineuse par suite de la ligature de la jugulaire.

Ces légers accidents disparaissent rapidement ainsi qu'un peu de parésie de la langue qui s'était manifesté pendant la nuit du 4e au 5e jour.

A partir du 5e jour, l'état général est excellent, la malade a de l'appétit ; le 8e jour, le drain est enlevé ; le 10e jour la malade se lève et elle quitte l'hôpital complètement guérie le 10 décembre.

M. Buffet a pu, depuis cette époque, revoir à plusieurs reprises son opérée, et il nous donne sur son état les renseignements suivants : le triangle sus-claviculaire est très déprimé, la peau paraît accolée aux muscles et les mouvements du bras sont restés paresseux pendant une année. Actuellement, elle travaille en fabrique et ne se ressent de rien.

M. Buffet nous indique en peu de mots la structure macroscopique de ces kystes. « La paroi, nous dit-il, est formée de deux couches, l'externe fibreuse assez épaisse dans certaines poches, plus mince dans d'autres, l'autre très mince et transparente. » Et s'appuyant sur la disposition anatomique de cette masse polykystique centrale avec ces poches multiples disséminées à la périphérie, s'enfonçant dans les interstices musculaires, adhérant à la gaine des vaisseaux, il montre l'analogie de cette tumeur avec les kystes congénitaux et pense qu'il s'agit là d'une tumeur ignorée, latente jusqu'au moment où la grossesse et l'accouchement ont provoqué un accroissement brusque de volume qui l'ont rendue appréciable.

Je ne puis qu'accepter l'opinion de M. Buffet, car, même en l'absence de la preuve décisive que pourrait seul nous donner l'examen histologique, il me semble que tous les caractères de cette tumeur ressortissent bien aux kystes multiloculaires congénitaux.

Quant à la conduite tenue par M. Buffet en présence de cette énorme tumeur menaçant par son rapide développement de provoquer bientôt des accidents graves, nous devons l'approuver sans réserves. Il est certain qu'en pareil cas, les ponctions simples ne donnent aucun résultat, des ponctions suivies d'injections iodées ou autres peuvent provoquer des accidents graves par suite de l'augmentation brusque de volume, de la tension des kystes sous

l'influence de l'irritation de la paroi. En tout cas elles n'assurent pas la guérison.

Le beau succès qu'a donné à M. Buffet l'extirpation totale de la tumeur vient à l'appui des conclusions que je vous soumettais il y un an dans un rapport sur une observation de M. Verchère, à savoir que cette extirpation est, en pareil cas, la méthode de choix. Je retrouve dans l'observation de M. Buffet tous les caractères sur lesquels j'insistais alors : 1° Les prolongements de la tumeur qui s'infiltraient dans les interstices musculaires ne présentaient que des adhérences faciles à détacher avec le doigt et M. Buffet a pu énucléer même sans grande difficulté un petit kyste de la partie supérieure du médiastin; 2° les adhérences à la carotide étaient aussi assez lâches; 3° seules les adhérences à la veine jugulaire interne étaient intimes et au moment de leur libération une petite déchirure se produisit sur la paroi de la veine, ce qui obligea M. Buffet à placer deux ligatures sur la veine.

Cette ligature de la jugulaire n'entraîna d'autre inconvénient qu'un léger œdème éphémère de la face et une céphalalgie avec tendance à l'assoupissement qui disparut très rapidement. Ces légers accidents sont, du reste, les seuls qu'on observe parfois dans les ligatures de la jugulaire interne, à condition qu'elles soient aseptiques.

Comme conclusion à ce rapport, je vous propose d'adresser à M. Buffet nos remerciements pour cette très intéressante observation que nous conserverons dans nos Archives et de l'inscrire en bon rang sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de notre Société.

Discussion.

M. Ricard. — Je puis donner une observation identique à celle dont vient de nous parler M. Walther. J'ai opéré en 1890 une jeune femme qui avait un kyste multiloculaire du cou déjà traité à plusieurs reprises par Verneuil.

Verneuil s'était borné à faire des injections de teinture d'iode dans les cavités kystiques.

Sous l'influence d'une grossesse, cette tumeur prit tout d'un coup un développement considérable. Elle acquit le volume d'une tête d'adulte. Voyant cet accroissement énorme et rapide, je me décidai à l'ablation de la tumeur. Je fis une grande incision, sectionnai le sterno-mastoïdien, et je décortiquai assez facilement la plus grande partie du kyste. En effet, ses prolongements intermusculaires adhéraient faiblement aux parties voisines. Mais il n'en fut point de même pour sa partie postérieure qui confinait aux

gros vaisseaux du cou. En essayant de dégager cette partie de la tumeur, je provoquai brusquement une abondante hémorrhagie.

Cette hémorrhagie venait du fond de la plaie, encombrée par la masse néoplasique. Il fallut me débarrasser rapidement, par arrachement en quelque sorte de cette masse gênante pour pouvoir établir une compression et me rendre maître de l'hémorrhagie.

Je reconnus alors que j'avais, en tirant sur la tumeur, déchiré la jugulaire interne qui passait dans un canal creusé au sein même de la tumeur. J'appliquai sur le vaisseau déchiré une ligature et les suites de l'opération furent simples.

Cette observation démontre donc les connexions intimes des vaisseaux du cou avec les kystes multiloculaires.

M. Kirmisson. — L'observation de M. Buffet, qui nous montre un kyste rempli de liquide sanguin, l'observation de M. Ricard, qui nous montre des connexions intimes entre la tumeur kystique et la veine jugulaire nous font involontairement penser que la théorie veineuse autrefois invoquée pour expliquer la pathogénie des kystes du cou, et aujourd'hui généralement abandonnée en faveur de la théorie lymphatique, méritait cependant quelque considération.

Je ferai aussi remarquer que dans l'observation de M. Buffet aussi bien que dans celle de M. Ricard, la dissection de la poche dans les interstices musculaires fut facile. Or, il n'en est pas toujours ainsi, j'ai opéré une enfant chez laquelle les kystes infiltraient en quelque sorte le muscle sterno-mastoïdien et n'auraient pas pu être énucléés.

M. Walther. — Plusieurs questions sont soulevées par M. Kirmisson et M. Ricard.

Dans l'observation de M. Buffet, que je viens vous rapporter, l'examen histologique n'a pas été fait; M. Buffet, d'après l'examen macroscopique de ces kystes, formés d'une double paroi, l'une externe, d'aspect fibreux, l'autre interne, d'aspect séreux, d'après le groupement des poches autour d'une masse polykystique centrale adhérente à la jugulaire, conclut, avec raison, à l'existence d'un kyste d'origine congénitale.

En l'absence de tout renseignement histologique, il m'est impossible de dire si cette observation serait plus favorable à la théorie veineuse qu'à la théorie lymphatique. Il est aujourd'hui admis, surtout depuis les travaux de M. Lannelongue et de M. Achard, que ces tumeurs kystiques congénitales sont d'ordinaire de véritables lymphangiomes kystiques. Certainement, quelques autres de ces tumeurs peuvent être rapportées à une origine vasculaire sanguine.

Chez une enfant de six mois que j'ai opérée en 1890, à l'hôpital Saint-Antoine, j'ai enlevé en totalité un énorme kyste congénital du cou et, la pièce examinée par mon ami, M. Pilliet, fut présentée à la Société anatomique. De son examen histologique, M. Pilliet concluait à la possibilité d'une origine veineuse.

Cette question de pathogénie est fort obscure, fort difficile à élucider, et je me déclare absolument incompétent pour la traiter ici.

Une autre question, celle-ci d'ordre chirurgical, a été touchée par M. Ricard et par M. Kirmisson. Celle des difficultés que peuvent créer, au cours de l'intervention, les adhérences aux parties voisines, surtout aux vaisseaux.

M. Kirmisson cite un cas dans lequel les kystes s'infiltraient pour ainsi dire dans les muscles et dans lequel, par conséquent, l'extirpation se heurtait aux plus grandes difficultés. C'est là un cas exceptionnel ; d'ordinaire, dans les observations, nous voyons que les adhérences aux muscles sont assez faciles à séparer, que les prolongements de la tumeur dans les interstices musculaires se laissent assez facilement détacher ; l'observation de M. Ricard, celle de M. Buffet, viennent à l'appui de ce fait ; il est bien évident qu'en présence d'adhérences trop étendues, en présence de tumeurs plongeant dans le médiastin, le chirurgien doit savoir s'arrêter à temps et la belle observation que nous avait, l'an dernier, communiqué M. Verchère, nous a montré le bon résultat qu'on est en droit d'attendre de la résection partielle avec marsupialisation de la portion non extirpable de la tumeur. Dans le rapport que je vous ai présenté, il y a un an à pareille époque, sur cette observation, je concluais, et vous avez accepté ces conclusions, que l'extirpation totale est la méthode de choix, mais qu'en cas de difficultés trop grandes rencontrées au cours de l'opération, la résection avec marsupialisation et drainage, constitue une excellente méthode, capable d'assurer le meilleur résultat opératoire et thérapeutique.

Les adhérences à la veine jugulaire, les plus importantes, les plus fréquentes, peuvent évidemment créer des difficultés. Dans le cas de M. Ricard, dans celui de M. Buffet, la jugulaire fut blessée et dût être liée. Dans l'observation personnelle que je vous citais plus haut, j'ai pu dégager, disséquer la tumeur jusqu'à une sorte de pédicule solidement fixé sur la jugulaire. Je liai alors ce pédicule, et ce n'est qu'après avoir ainsi préventivement assuré l'hémostase, que je fis la section du pédicule.

Dans les cas où les adhérences à la jugulaire sont très étendues, on pourrait peut-être employer la méthode indiquée par Hueter, pour l'extirpation des grosses tumeurs veineuses du cou commu-

niquant avec la jugulaire, à savoir l'application d'une série de ligatures en chaîne avant de faire la résection, opération dont Gluck a rapporté six cas heureux.

Il y a là peut-être un moyen qui nous permettrait d'aller plus loin dans l'extirpation de ces kystes profonds et adhérents à la jugulaire.

II. — *Plaie transversale de la région dorsale du poignet. Section des tendons de l'extenseur commun des doigts. Suture des tendons coupés au tendon de l'extenseur propre de l'indicateur*, par M. Delamarre, médecin-major de 1[re] classe au 17[e] régiment d'artillerie.

Rapport par M. FÉLIX LEJARS.

Notre confrère de l'armée, M. Delamarre, nous a envoyé une très intéressante observation d'anastomose tendineuse.

Il s'agit d'un jeune artilleur qui avait été blessé au poignet droit par un éclat de vitre; les trois derniers tendons de l'extenseur commun des doigts, ceux du médius, de l'annulaire et du petit doigt, avaient été sectionnés, et l'accident remontait à sept semaines. M. Delamarre fit une longue incision sur la face dorsale de la main et du poignet, après avoir roulé une bande d'Esmarch, de haut en bas, sur l'avant-bras, mais il ne put retrouver les bouts centraux. Il prit alors le parti de réunir les trois bouts périphériques au tendon extenseur de l'index resté intact, il les relia en faisceau et les sutura, par deux points à la soie fine, à ce tendon extenseur commun de l'index, qu'il tint à renforcer lui-même, en le rattachant, par quelques points en anse, au tendon adjacent de l'extenseur propre. C'était, en somme, une triple anastomose, et les tendons des trois derniers doigts se trouvaient solidarisés avec ceux de l'index.

La main et les doigts furent immobilisés pendant un mois dans la position relevée; au bout de six semaines, la cicatrisation était complète, et médius, annulaire et petit doigt avaient recouvré le mouvement d'extension. La guérison fonctionnelle s'est confirmée de plus en plus et le résultat était excellent, quand l'opéré nous a été présenté, il y a quelques mois. Depuis il a repris son service d'artilleur; il accuse seulement un léger tiraillement, dans l'extension forcée, mais les mouvements ont toute leur amplitude et leur vigueur.

Peut-être une plus longue recherche et des débridements plus étendus eussent-ils permis à M. Delamarre de découvrir les bouts centraux, mais la hauteur à laquelle ils s'étaient rétractés, rendait fort improbable la réalisation d'une bonne suture directe; et, suivant toute apparence, M. Delamarre se serait vu contraint de recourir à l'un des artifices de la réunion tendineuse « à distance ». Aucun

de ces procédés n'aurait pu lui donner un succès comparable à celui que nous avons constaté chez son malade. L'anastomose tendineuse était donc tout indiquée ; elle a été des plus heureuses, et j'ajoute que je n'ai pas trouvé d'autre exemple de triple anastomose. Aussi l'observation de M. Delamarre me paraît-elle d'un très grand intérêt et je vous propose de voter des félicitations et des remerciements à son auteur.

Présentations de malades.

1° M. Nélaton présente en son nom et au nom de M. Hennequin un malade opéré pour un cal vicieux du fémur par l'ostéotomie oblique.

Louis B... (de Beaune), 15 ans et demi, entré salle Nélaton, lit 7, le 19 juillet 1897.

A l'âge de 7 ans, à la suite d'un accident survenu à l'école, fracture de la partie supérieure du fémur droit. Soigné pendant deux mois par une traction continue (appareil composé seulement de bandes de diachylon). — le malade recommence à marcher deux ou trois jours après l'enlèvement de cet appareil ; il n'avait, dit-il, qu'un raccourcissement de 1 centimètre. La marche était redevenue normale, mais à certaines époques le malade souffrait d'élancements dans le genou droit. M. Ollier, consulté, attribua ces élancements à la croissance et conseilla des frictions alcooliques et du sirop de valériane. A part ces douleurs intermittentes, le jeune malade n'accusait aucun trouble fonctionnel, marchait sans fatigue et sans boiterie, courait sans difficulté.

A l'âge de 14 ans, c'est-à-dire sept ans après cette fracture, nouvel accident survenu au mois de janvier 1896. A la gare de Tarascon, ayant glissé sur une plaque de fonte, il tomba sur la cuisse droite qui fut fracturée au même niveau que la première fois. Conduit à l'hôpital de Montpellier, il fut soigné par M. Tedenat, qui appliqua un appareil d'extension continue, lequel fut maintenu pendant deux mois (membre inférieur enveloppé d'ouate, du pied à la racine de la cuisse, maintenu horizontalement dans l'extension ; traction de 5 kilogrammes portant sur le pied à l'aide d'une corde tirant sur une planche formant semelle).

Pendant son séjour à l'hôpital, le malade contracte une fièvre typhoïde. A sa sortie de l'hôpital, il portait un appareil plâtré destiné à lui maintenir le membre inférieur pendant son voyage de Montpellier à Beaune ; cet appareil montait jusqu'au creux axillaire, entourant le thorax et le membre inférieur jusqu'au pied.

A Beaune, le médecin appelé à enlever l'appareil, constata un raccourcissement de 10 centimètres, établit une traction continue à l'aide de bandes de diachylon supportant un poids de 9 kilogrammes atteint progressivement. Il espérait que le cal serait fibreux et permettrait un allongement de 2 à 3 centimètres ; en effet, après un mois d'extension,

le raccourcissement n'aurait plus mesuré que 6 centimètres; le malade marchait alors sur la pointe du pied ou avec une chaussure spéciale ayant une semelle élevée de 5 centimètres et en s'appuyant sur une canne. Celle-ci lui était absolument nécessaire pour la marche.

En décembre 1896, nouvelle chute sur le côté droit, sans fracture. Repos au lit pendant une vingtaine de jours, puis marche avec des béquilles.

La marche restant pénible, M. Gangolfe fut consulté, ne conseilla pas d'intervention, mais conseilla un appareil en cuir et acier avec un tuteur pour soulager le membre inférieur du poids du corps et une chaussure fixée au tuteur ayant une semelle de 9 centimètres.

Devant l'absence de toute amélioration, le malade vient consulter M. Reclus qui l'adresse à M. Nélaton. A ce moment, le raccourcissement de la cuisse était de 7 centimètres, il fallait y ajouter 2 centimètres de raccourcissement pour la jambe, par arrêt de développement de celle-ci. La marche était impossible.

Opération le 28 juillet.— Ostéotomie oblique par une incision faite à la partie antéro-externe de la cuisse, passant à travers les fibres du vaste externe : on découvre le cal, puis on fait à travers ce cal une section longitudinale de 9 centimètres d'étendue environ. Cette section, faite au ciseau, remonte sur le fragment supérieur jusqu'à la base du grand trochanter. Elle est faite simplement et vite. Puis des mouvements sont communiqués au fragment inférieur, de façon à le bien mobiliser. Ceci étant fait, un drain est placé au contact de la surface de section qui saigne abondamment et la plaie est fermée, sauf au niveau du passage du drain.

Dès l'opération terminée, on applique l'appareil d'Hennequin avec traction de 5 kilogrammes; augmentation de 1 kilogramme tous les deux jours pendant huit jours, de sorte que la traction, vingt jours après l'intervention, était de 9 kilogrammes. Ce poids fut maintenu du 28 juillet au 20 octobre.

A partir de ce moment; séjour au lit, sans traction, jusqu'au 15 novembre. A partir de ce moment, marche permise avec des béquilles pendant quinze jours; abandon des béquilles, remplacées par deux, puis par une canne.

Mensurations du 19 décembre 1897.

	Membre malade.	Membre sain.
	cm	cm
De l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'interligne du genou..........................	49,5	51,5
De l'interligne du genou au sommet de la malléole intérieure...........	36,5	38,5

En somme, le malade ne conserve qu'un raccourcissement de deux centimètres qui correspond au défaut de croissance des os de sa jambe. Il marche, du reste, absolument bien.

Discussion.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Je trouve l'ostéotomie sous-trochantérienne une opération excellente.

Je vous montrerai une jeune femme qui ne pouvait marcher depuis un temps infini. Je pratiquai une ostéotomie sous-trochantérienne et une double résection du genou. Aujourd'hui elle marche bien.

M. TERRIER. — Je ne puis qu'appuyer ce que vient de dire M. Championnière. Je trouve l'ostéotomie oblique une opération excellente et les résultats que j'en ai obtenu dans mon service m'ont paru tout à fait satisfaisants.

M. POTHERAT. — J'ai traité une petite fille atteinte d'une fracture du fémur vicieusement consolidée par l'ostéotomie oblique. M. Hennequin voulut bien mettre l'appareil une fois l'ostéotomie faite, et l'enfant a guéri sans raccourcissement.

M. MICHAUX. — J'ai fait trois fois l'ostéotomie oblique. Deux fois pour des arthrites ankylosantes de la hanche et j'obtins un résultat excellent. Une troisième fois chez une malade très grasse. Cet embonpoint gêna beaucoup pour appliquer l'extension, et celle-là eut un certain raccourcissement.

2° M. CLAISSE présente, au nom de M. Quénu, un malade atteint de kyste hydatique du poumon.

Le malade que voici, âgé de 22 ans, a été opéré le 21 juin dernier pour un kyste hydatique du poumon droit. Le siège de la lésion avait été révélé par un souffle passager, entendu au niveau des 5ᵉ et 6ᵉ côtes, en avant, près des cartilages costaux. Nous dûmes réséquer ces deux côtes sur une longueur de 12 centimètres environ; à travers les adhérences pleurales, nous pûmes pénétrer dans le poumon et enfin ouvrir la poche située profondément et contenant de nombreuses hydatides. Au cours de l'intervention une déchirure du feuillet pariétal de la plèvre laisse pénétrer l'air dans sa cavité, mais le poumon étant retenu par de nombreuses adhérences, la respiration du malade fut peu troublée.

La guérison se fit assez rapidement. Mais, quatre mois après l'opération, il persistait encore une fistule bronchique donnant très peu de liquide et sans tendance à la cicatrisation. Le 10 novembre cette fistule, située au fond d'une dépression due à la résection costale, fut oblitérée de la façon suivante : après résection en cône d'une partie du tissu cicatriciel, deux fils de catgut furent passés dans le tissu pulmonaire et fermèrent à ce niveau la fistule par une suture en bourse; puis un

lambeau assez long et large fut taillé au-dessus et amené sans traction sur les tissus avivés, recouvrant la place de la fistule; son extrémité ne fut pas suturée, de sorte que celle-ci, au lieu d'être tendue comme un voile au-dessus de la dépression pût, s'y appliquer librement et complètement Un autre lambeau fut ramené sur les côtes et couvrit complètement la perte de substance. La réunion se fit sans encombre; vous voyez le malade actuellement complètement guéri.

3° M. Ricard présente un homme guéri d'une plaie du foie par coup de couteau.

Présentation d'instruments.

De l'angiotripsie.

M. Tuffier. — Dans la dernière séance, je vous ai dit qu'il était possible de pratiquer une hystérectomie abdominale ou vaginale, sans mettre ni une pince ni une ligature. Le fait a été reconnu possible par quelques chirurgiens, mais je crois que cette façon de faire peut devenir courante. Pour cela je me sers d'une angiothribe que j'ai fait construire par M. Collin et dont voici le modèle. Les mors ne sont pas plus larges que ceux d'une pince à ligament large,et la pression qu'il développe est d'une puissance qu'aucun appareil ne peut atteindre. Divers instruments de ce genre ont été proposés même avant Chassaignac, mais je ne connais que le lamineur de Doyen, qui lui soit comparable. Depuis deux mois j'ai essayé mon appareil sur des vaisseaux, de volume variable; j'ai obtenu l'hémostase parfaite. Je me suis enhardi et je viens de pratiquer, dans mon service de la Pitié, deux hystérectomies, une pour une suppuration pelvienne aiguë, une pour prolapsus compliqué de fibrome, sans mettre une ligature ni une pince. Le broiement obtenu par l'appareil suffit à l'hémostase parfaite. Je ne doute pas, étant donné les dangers et les douleurs provoquées par l'application des pinces à demeure, que cette méthode ne rende de très grands services dans l'hystérectomie vaginale, si elle peut se généraliser. Il suffit dans cette dernière opération, quand l'utérus est basculé en dehors de la vulve, de donner de chaque côté deux coups d'angiotriteurs sur l'utéro-ovarienne en haut, sur l'utérine en bas, en coupant chaque fois au ras de la pince, pour avoir deux ligaments larges étanches. La partie comprise entre les mors de la pince est aussi mince qu'une feuille de papier à cigarette. La seule précaution à prendre dans le maniement de l'insrument consiste à

le maintenir bien immobile pendant le serrement de la vis, pour ne point déchirer au delà de la constriction des mors de l'appareil.

Je le crois également applicable à l'hémostase de certaines artères, dans le cas où la ligature est difficile. Le mécanisme de l'oblitération vasculaire n'est pas encore étudié. J'ai pratiqué l'angiotripsie de plusieurs grosses artères, qui seront examinées par M. le professeur Cornil, et il est probable que nous verrons là les lésions du broiement des vaisseaux. En tous cas, les services que m'a rendus cet angiotriteur m'engagent à en préconiser l'emploi, qui trouvera peut-être d'autres indications.

Discussion.

M. Terrier. — Je ne serais guère disposé à faire sur mes malades des expérience avec cette pince. Lorsque je veux arrêter une hémorrhagie, je mets une ligature, et, si je ne puis placer une ligature, je laisse une pince hémostatique.

M. Tuffier. — Je n'ai point fait d'expériences sur mes malades, mais bien sur des animaux, et lorsque j'ai vu sur ces derniers qu'une forte pression était hémostatique, je m'en suis servi, et avec avantage, pour plusieurs cas d'hystérectomie vaginale.

M. Richelot. — Je suis séduit par l'idée de M. Tuffier. Si une méthode peut nous permettre de supprimer en toute sécurité pince à demeure ou ligature, ce sera un progrès.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
Nélaton.

Séance du 29 décembre 1897.

Présidence de M. Delens.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

M. Tuffier présente, au nom du Dr Noulis (de Janina), un calcul extrait par la taille hypogastrique.

M. Lejars dépose un mémoire de M. Buffet (d'Elbeuf), intitulé : *Corps fibreux volumineux de la lèvre postérieure du col de l'utérus, extirpation.* Renvoyé à une commission (M. Lejars, rapporteur).

Communication.

Du traitement de l'hydrocèle simple par l'aspiration et le lavage au sublimé,

Par le Dr ÉTIENNE (de Toulouse),
membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

En présentant ce travail à la Société de chirurgie de Paris, nous avons surtout pour but d'appeler l'attention des chirurgiens sur un procédé simple, facile, de guérison radicale de l'hydrocèle simple.

Le traitement de l'hydrocèle est riche en procédés les plus variés; la grande majorité des chirurgiens emploie tantôt l'incision de la vaginale, tantôt l'injection iodée.

Des objections sérieuses pourraient être élevées contre ces deux procédés.

Nous voulons démontrer, par des observations nombreuses, que par le procédé des lavages au sublimé, on peut obtenir la cure radicale de l'hydrocèle, en évitant les inconvénients inhérents aux autres procédés.

Lorsque nous avons, pour la première fois, en 1890, traité une hydrocèle par l'aspiration et le lavage au sublimé, nous n'avions d'autre but, quoique le procédé fût différent, que d'essayer sur la vaginale les tentatives faites avec le sublimé sur d'autres séreuses.

Tous nos malades, porteurs d'hydrocèle simple, ont été traités par le même procédé, qui nous a donné chez tous les mêmes résultats.

Les observations que nous allons citer, en les résumant, ont déjà paru dans la thèse du Dr Dessort (Toulouse, 1895) et dans les *Annales de la policlinique de Toulouse* (1896).

Les quatre dernières seules sont inédites.

Obs. I (1890). — X..., 70 ans. Hydrocèle à gauche; contenance 250 grammes. Un an avant, ponction simple et récidive.

Lavage de la vaginale au sublimé; aucun incident à noter; dans vingt-quatre heures le liquide se reproduit; au bout de dix jours la résorption commence; un mois après l'opération la vaginale ne présente plus trace de liquide.

Obs. II. — Un mois après, chez le même malade, opération de l'hydrocèle à droite ; contenanee 120 grammes ; la guérison se produit dans les mêmes conditions.

Ce malade a été revu pendant plusieurs années, pas de récidive.

Obs. III (1890). — X..., 27 ans. Hydrocèle à droite; ponetion; lavage de la poche ; contenance 300 grammes ; dans vingt-quatre heures, le liquide se reforme, et diminue au bout de huit jours ; pas de récidive huit mois après.

Obs. IV (1890). — X..., 61 ans. Hydrocèle à gauche ; contenanee 600 grammes. Dans vingt-quatre heures le liquide est reformé ; vingt jours après, guérison complète, pas de récidive pendant deux ans.

Obs. V (1891). — X..., 53 ans. Hydrocèle à droite, contenance 400 grammes ; dans vingt-quatre heures retour du liquide ; un mois après, guérison. Pas de réeidive au bout de huit mois.

Obs. VI (1891). — X..., 56 ans. Hydrocèle à droite, contenance 450 grammes. Dans vingt-quatre heures le liquide est reformé ; il diminue au bout de dix jours et disparaît après un mois.

Obs. VII (1891). — X..., 77 ans. Hydrocèle à gauche ; contenance 200 grammes. Dans vingt-quatre heures le liquide se reforme ; au bout de dix jours, il diminue, pour disparaître un mois après.

Obs. VIII (1891). — X..., 63 ans. Kyste spermatique à gauche ; contenance 40 grammes ; lavage de la poche ; retour du liquide le lendemain ; disparition lente six mois après, pas de récidive.

Obs. IX (1892). — X... Hydrocèle gauche volumineuse ; hauteur 0m,13 ; contenance environ 500 grammes ; retour du liquide le lendemain ; tiraillements douloureux dans la région serotale, probablement dus à une distension exagérée de la vaginale.

Disparition des douleurs vers le einquième jour au moment où le liquide commence à diminuer ; six mois après, pas de réeidive.

Obs. X (1893). — X..., 65 ans. Hydrocèle droite ; eontenance 550 grammes ; retour du liquide ; sa disparition un mois après.

Obs. XI (1894). — X..., 53 ans. Hydrocèle à droite ; eontenance 550 grammes ; le liquide se reforme le lendemain.

Un mois après, guérison complète.

Obs. XII (1894). — X..., 65 ans. Hydroeèle à droite ; contenance 500 grammes ; aussitôt après le lavage, douleur dans la région inguinale droite, de courte durée ; le liquide se reforme rapidement et disparaît vingt jours après.

Revu un an après ; pas de récidive.

Obs. XIII (1894). — X..., 68 ans. Hydrocèle à gauche ; contenance 250 grammes.

Dans vingt-quatre heures le liquide est reformé ; guérison complète vingt jours après.

Obs. XIV (1894). — X..., 48 ans. Hydrocèle à droite ; contenance 450 grammes.

Le liquide se reforme le lendemain et disparaît un peu plus lentement que de coutume.

Obs. XV (1894). — X..., 63 ans. Hydrocèle à droite ; contenance 250 grammes ; le liquide se reproduit rapidement et disparaît trois semaines après.

Obs. XVI (1895). — X..., 44 ans. Hydrocèle gauche d'origine tuberculeuse probable ; contenance 200 grammes ; après l'opération, douleurs dans le bas-ventre irradiées vers la cuisse ; pas de douleur au niveau des bourses ; reproduction rapide du liquide ; disparition vingt jours après.

Obs. XVII (1891). — X..., 62 ans. Hydrocèle à gauche ; la disparition du liquide et sa reproduction ont suivi une marche normale.

Revu en 1895. Pas de récidive.

Obs. XVIII. — Le même malade vient se faire opérer en juin 1895 d'une hydrocèle à droite ; contenance 120 grammes ; reproduction ordinaire du liquide et disparition.

Obs. XIX (1893). — X..., 30 ans. Contenance de l'hydrocèle non donnée ; marche ordinaire dans la reproduction et disparition du liquide.

Obs. XX (1893). — X..., 60 ans. Contenance de l'hydrocèle non donnée ; marche ordinaire dans la reproduction et la disparition du liquide.

Ces deux observations nous ont été fournies par notre ami le Dr Fabre, de Saint-Pons.

Obs. XXI (1895). — X..., 20 ans. Hydrocèle double. Hydrocèle à gauche ; contenance 450 grammes liquide clair, citrin ; reproduction du liquide, mais il ne se résorbe pas.

Vingt jours après, deuxième ponction liquide rosé. Deux mois après, troisième ponction, liquide encore plus foncé ; six mois après, ablation de la vaginale et du testicule.

Vaginale épaissie, tapissée de fausses membranes ; testicule atrophié et recouvert de fausses membranes.

Obs. XXII. — Peu de temps après la première intervention du côté gauche, le malade fut opéré d'une hydrocèle à droite d'une contenance de 200 grammes. Marche normale dans la reproduction et la disposition du liquide.

Obs. XXIII (1896). — X..., âgé de 37 ans. Diagnostic hématocèle ;

contenance 350 à 400 grammes; douleur vive et passagère dans la fosse iliaque.

Liquide de couleur très rosée; reproduction du liquide, qui ne disparaît pas. Le malade se refuse à toute intervention.

Obs. XXIV (1896). — X..., âgé de 59 ans; hydrocèle à gauche; contenance 470 grammes; vive douleur passagère dans la fosse iliaque gauche, irradiée vers la cuisse. Marche normale dans la production et la disparition du liquide.

Pas de récidive un an après.

Obs. XXV (1896). — X..., âgé de 80 ans. Hydrocèle à gauche; contenance un litre; opéré six mois avant par notre ami le Dr Audiguier; ponction simple; deux mois après, reproduction et persistance du liquide.

La ponction donne un litre de liquide citrin. Le lavage au sublimé est défectueux par suite d'un accident survenu à l'appareil; reproduction normale du liquide; disparition lente (un mois et demi) due probablement au lavage défectueux; ce malade revu un an après ne présentait pas de récidive.

Obs. XXVI (1894). — X..., âgé de 49 ans. Hydrocèle à gauche; contenance 450 grammes; opéré le 2 juin 1894; le liquide se reforme le lendemain. Le 13, diminution sensible; le 19, plus de liquide. Épididyme. Malade souvent revu; pas de récidive.

Obs. XXVII (1897). — X..., 52 ans. Hydrocèle à gauche; contenance 250 grammes; opération le 27 mars 1897; pas de douleurs; le malade rentre chez lui le soir même, à 10 kilomètres de Pontoise et continue à s'occuper des travaux des champs les jours suivants; le liquide se reforme le lendemain, le 14 avril il est diminué de moitié et entièrement résorbé le 26 avril. Indurations noueuses, bosselées du cordon immédiatement au-dessus du testicule.

Sur les 27 observations que nous avons l'honneur de présenter à la Société de chirurgie, nous trouvons :

1 kiste spermatique, 1 hématocèle vaginale, 1 hydrocèle à liquide citrin, mais à parois vaginales épaisses; 24 hydrocèles simples.

En dehors des deux cas d'hématocèle et d'hydrocèle à parois épaisses, dans lesquelles le traitement a été impuissant, et pour lesquelles nous ne le conseillons pas, quoiqu'il ne soit nullement susceptible d'aggraver la situation, la guérison a été obtenue dans tous les cas. Dans tous les cas, l'évolution vers la guérison a été la même.

Nous n'avons jamais observé de réaction locale. Dans quelques cas, des douleurs réflexes, du côté de la fosse iliaque, se propageant vers les reins ou la cuisse, ces phénomènes douloureux ont été le plus souvent de courte durée.

Le liquide se reforme, d'une manière uniforme, douze à trente-six heures après la ponction. Au bout de huit à dix jours, il commence à disparaître, et vingt à vingt-cinq jours après la ponction, la vaginale est vide. L'épididyme ou le cordon ont été toujours trouvés altérés.

Le procédé qui nous a permis d'obtenir des résultats aussi constants est d'une application facile et n'exige pas le séjour au lit; dans les hôpitaux, un malade ainsi traité pourrait être renvoyé vingt-quatre à quarante-huit heures après l'opération.

Le manuel opératoire est simple ; après la ponction nous faisons deux lavages au sublimé et un dernier lavage boriqué. Un seul lavage au sublimé pourrait peut-être suffire, mais avec les deux la vaginale est mieux lavée, et avec l'eau boriquée, nous faisons disparaître le sublimé qui pourrait rester dans la vaginale...

Quelle est l'action spéciale exercée par le sublimé sans alcool, à la surface de la vaginale, nous ne saurions trop le dire, malgré la possibilité d'hypothèses nombreuses.

Emerveillé du résultat favorable et constant, donné par le procédé du lavage de la vaginale, nous avons recherché si des auteurs, avant nous, n'avaient pas utilisé le sublimé.

Le Dr Sarrazin (*Thèse de Paris*, 1885) a décrit le procédé employé par le professeur Richet : injection à l'aide d'une seringue de 250 grammes d'une solution de sublimé à 1 0/00 ; réaction inflammatoire violente; cinq observations, toutes suivies de guérison.

En 1885, James Milles publie quatre observations de guérison d'hydrocèles traitées par le sublimé ; le chirurgien injectait dans la vaginale, préalablement vidée, 15 gouttes d'une solution de sublimé à 0,005 centigrammes pour 30 grammes d'eau distillée à l'aide d'une seringue hypodermique.

Pas de réaction ; guérison.

Ces procédés s'éloignent sensiblement de celui que nous préconisons, et qui nous a donné d'aussi remarquables résultats.

Discussion sur l'intervention chirurgicale dans les cas d'ulcère de l'estomac.

M. Hartmann. — La communication que nous a faite M. Tuffier dans la dernière séance, soulève une série de questions qu'il nous semble intéressant de discuter. La première est celle de l'*intervention dans les hématémèses* consécutives aux ulcères.

Ces interventions ne sont pas encore très nombreuses. Il y a

quelques années, j'ai eu l'occasion de pratiquer une gastro-entérostomie sur une malade du service de mon ami et collègue Gilbert. Il s'agissait d'une femme de trente ans, souffrant de l'estomac et ayant des hématémèses répétées, entraînant à leur suite une anémie aiguë menaçant l'existence. L'hémorrhagie ne se reproduisit pas après la gastro-entérostomie, que nous avions décidé de pratiquer, pour mettre l'organe au repos. Mais la malade, très affaiblie, succomba au bout de quelques jours sans réaction péritonéale. Comme chez un des deux malades de M. Tuffier, le péritoine était sain et la suture intacte. Je dois ajouter qu'il ne s'agissait pas, dans ce cas, d'un ulcère proprement dit, mais d'une simple érosion en coup d'ongle qui fut assez difficile à trouver sur la table d'autopsie, et M. Tuffier nous dit qu'il ne vise pas ces cas. Mais cliniquement, je voudrais bien savoir comment il en fait le diagnostic. J'étais convaincu de l'existence d'un ulcère chez ma malade, c'était aussi l'opinion de notre collègue Gilbert, dont la compétence médicale ne peut être mise en doute.

D'une manière générale, je ne sais pas si l'opération est avantageuse pour le malade dans la grande hématémèse. Marion, dans sa thèse[1], en réunit 7 cas. De ces 7 cas, nous devons retirer 1, celui de Küster[2] où il s'agissait de petites hématémèses répétées. Restait 6 cas (4 opérations de Mikulicz, 1 de Gannett, 1 de Roux). Si à ces 6 cas nous en ajoutons 1 de Körte[3], 1 de Cazin[4], 1 de Michaux[5], nous arrivons à un total de 9 cas avec 6 morts et 3 guérisons.

Dans tous ces cas, on avait, après gastrotomie, agi directement sur l'ulcère. La gastro-entérostomie, pratiquée par Tuffier et par moi, donne 3 cas : 2 morts, 1 guérison, proportion identique.

Au total, 12 cas avec 8 morts, soit 2 sur 3. Ce n'est pas là un résultat bien encourageant. Je sais bien que toutes les fois qu'il s'agit d'interventions nouvelles, la statistique est mauvaise au début, et que les résultats vont s'améliorant par la suite.

Mais quand on se rappelle que la mort immédiate par hématémèse foudroyante est un fait exceptionnel, que souvent par l'immobilité, la diète absolue, l'application de ligatures à la racine des quatre membres, on voit le plus souvent l'hémorrhagie s'arrêter,

[1] Marion, De l'intervention chirurgicale dans le cours et les suites de l'ulcère de l'estomac (*Thèse de Paris*, 1897, p. 240).

[2] Küster, Neuer Beitrag zur operativen Behandlung des Magengeschwürs (*Centr. f. Chir.*, 1894, n° 51, p. 1255).

[3] Körte, *Centr. f. Chir.*, 1897, p. 77.

[4] Cazin, observation inédite.

[5] Michaux, pièce présentée à la Société anatomique de Paris, décembre 1897.

on peut hésiter. Actuellement, l'indication de l'opération dans l'hématémèse avec anémie aiguë reste en suspens.

Un point qui nous paraît plus intéressant, dans la communication de M. Tuffier, c'est celui qui a trait *à l'influence curatrice de la gastro-entérostomie sur les ulcères en voie d'évolution*. C'est un point qu'ont déjà signalé divers chirurgiens, en particulier Doyen. Cette influence curatrice de la gastro-entérostomie sur les ulcères en voie d'évolution nous paraît indiscutable.

Aux observations de Tuffier, de Doyen [1], de Carle [2], d'Albin Lambotte [3], de Cahn [4], de Küster [5], de Parker [6], etc., nous pouvons ajouter celle d'une malade que nous avons suivie à l'hôpital Bichat, dans le service de notre maître, le professeur Terrier. Il s'agissait d'une femme ayant un ulcère perforé de l'estomac. La gastro-entérostomie, extérieure précolique, pratiquée par M. Terrier, fut suivie de la disparition de tous les symptômes et la malade jouit depuis cette époque d'une santé florissante.

Les mêmes résultats ont, du reste, été observés par Mikulicz [7] à la suite de la pyloroplastie.

A ce propos, je suis absolument d'accord avec M. Tuffier, lorsqu'il nous dit que ces guérisons sont dues à ce qu'on met l'organe au repos.

Vous savez tous quelle importance, Doyen, puis Carle [8] ont attaché au spasme du pylore, non seulement dans l'ulcère, mais encore dans l'hyperchlorhydrie grave.

J'irai plus loin, et je vous dirai, avec Defontaine [9], que l'intervention chirurgicale me paraît indiquée dans toutes les dyspepsies graves, rebelles au traitement médical. Cette année même, j'ai obtenu par la gastro-entérostomie un résultat remarquable chez une femme de 46 ans, que divers traitements médicaux n'avaient

[1] DOYEN, *Chirurgie de l'estomac*.

[2] CARLE, *Riforma medica*, 1897.

[3] LAMBOTTE (Albin), Un cas de gastro-entérostomie pour ulcère du pylore (*Annales de la Société belge de chirurgie*, 15 avril 1896, t. IV, p. 27).

[4] CAHN, Gastro-enterostomie wegen schmerzhaften Magengeschwürs ohne Stenose-erscheinungen (*Berlin. klin. Woch*,, 1895, p. 609).

[5] KÜSTER, Neuer Beitrag zur operativen Behandlung des Magengeschwürs (*Centr. f. Chir.*, 1894, p. 1255).

[6] PARKER, The operative treatment of ulcer of the stomach, witb report of a recent successful cases (*Annals of surgery*, 1896, t. I, p. 733).

[7] MIKULICZ, Die chirurgische Behandlung des chronischen Magengeschwürs (*Berlin. klin. Woch.*, 1897, p. 488, 522, 540, 561).

[8] CARLE et FANTINO, Les sténoses pyloriques dans leurs rapports avec l'hyperchlorhydrie (*Semaine médicale*, Paris, 1897, p. 269).

[9] DEFONTAINE, Gastro-entérostomie pour dyspepsie ou gastrites rebelles (*Archives provinciales de chirurgie*, 1897).

nullement améliorée, et qui a guéri parfaitement à la suite de l'intervention opératoire.

Cette malade, qui souffrait de troubles gastriques (pituites, éructations, somnolence après les repas) depuis 7 ans, avait vu les accidents s'aggraver progressivement au bout de 3 ans. Des douleurs épigastriques et vertébrales, survenant quatre à cinq heures après l'ingestion des aliments, apparurent, s'accompagnant de vomissements d'abord espacés, puis revenant trois fois par jour. Depuis un an, l'alimentation est exclusivement liquide ou demi-liquide. Les vomissements amènent un soulagement dans les douleurs, mais celui-ci n'est complet que s'il aboutit au rejet de la presque totalité des aliments ingérés. Aussi la malade a-t-elle maigri considérablement.

Dans les deux derniers mois, l'état s'est encore considérablement aggravé ; c'est à peine si la malade peut supporter quelques gorgées de lait et encore au prix de douleurs épigastriques violentes comparées à celles que produirait l'enfoncement d'une vrille. Les vomissements ne soulagent même plus complètement.

L'examen chimique de l'estomac fait par M. Soupault montre qu'à jeun il ne contient rien. Après un repas d'épreuve, on constate la présence de beaucoup de mucus, et presque de l'anachlorhydrie.

Il n'y a pas de dilatation stomacale, mais par le tapotement épigastrique on détermine entre l'ombilic et l'épigastre une bosselure, siège de contractions péristaltiques.

L'ingestion d'une potion de Rivière ne détermine pas de distension notable de l'estomac, mais des douleurs vives et un hoquet violent.

Le 25 mai 1897, nous faisons une gastro-entérostomie antérieure précolique. Quelques adhérences lamelleuses relient le pylore d'apparence saine, souple, au voisinage de la vésicule biliaire. Les tuniques stomacales saignent plus que normalement à la coupe.

Pendant les jours qui suivent, la malade a encore quelques vomissements, mais ils s'espacent de plus en plus, l'alimentation solide est donnée progressivement de plus en plus et lorsque la malade quitte l'hôpital le 30 juin, elle mange à peu près de tout, sauf les sauces.

En juin, elle pesait 40 kilogrammes ; en juillet, 41 ; en août, 43 ; en septembre, 49 ; en octobre, 51.

Cette malade peut en somme être aujourd'hui regardée comme guérie.

Son observation nous semble intéressante parce que dans ce cas il n'y avait pas d'hyperchlorhydrie, pas de dilatation, ni de stase gastrique. On ne pouvait donc ranger, par le simple examen physique, son estomac dans ceux qui ne se vident pas. Il se vidait par vomissement, le muscle ne s'étant pas laissé forcer. Or, ce qui importe, ce n'est pas la stase qui met un temps plus ou moins long à se produire, c'est le fait que le pylore, voie d'évacuation normale de l'estomac, ne remplit pas ses fonctions.

Je crois donc que *la gastro-entérostomie* (ou *la pyloroplastie*) *rend de grands services dans toutes les dyspepsies graves accompagnées de douleurs vives et de vomissements*, et qu'elle est, en pareil cas, indiquée après échec du traitement médical, *quelle que soit la cause des accidents spasmodiques du côté du pylore* (ulcère), hyperchlorhydrie ou même, comme dans l'observation que je viens de vous relater, gastrite simple anachlorhydrique.

Très exactement, M. Tuffier nous a ajouté : Nous mettons par la gastro-entérostomie l'organe au repos, mais il ne faut cependant pas conclure que nous faisons un véritable drainage de l'estomac et que les aliments vont passer de l'œsophage dans le jéjunum sans séjourner dans l'estomac. Il y a quelques années, M. Hayem a déjà montré sur un de mes opérés [1] qu'*on pouvait suivre toutes les phases de la digestion gastrique chez un gastro-entérostomisé*. Les examens, qu'a faits depuis cette époque M. Soupault, d'une série de malades opérés soit par mon maître Terrier, soit par moi, ont montré la vérité de cette assertion, tout au moins au point de vue du séjour des aliments dans l'estomac. Le même fait a été constaté par Rosenheim [2], par Ninitz [3] et par Siegel [4]; il peut donc être considéré comme acquis aujourd'hui.

J'arrive au dernier point que soulève la communication de M. Tuffier, *le manuel opératoire de la gastro-entérostomie*. Je fais, nous dit M. Tuffier, la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique, en un temps, sans bouton, ni plaque, avec une suture à la soie.

Sur ce point, je ne puis accepter les idées de M. Tuffier. Qu'on oppose la gastro-entérostomie postérieure à l'antérieure, je l'admets, mais si l'on fait la gastro-entérostomie postérieure, je désire qu'on la fasse par le procédé de von Hacker qui ne fait qu'un trou au mésocolon, et qui le bouche en suturant l'estomac au pourtour de ce trou. Le procédé suivi par M. Tuffier fut un des premiers employés au début de la gastro-entérostomie par Courvoisier. M. Terrier, en France, l'employa à son tour à une époque où il ignorait le travail de Courvoisier. Il l'a depuis lors abandonné. Il

[1] Hayem, Que devient la digestion gastrique après la gastro-entérostomie ? (*Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 8 novembre 1895, p. 703).

[2] Rosenhein (Th.), Ueber das Verhalten der Magenfunction nach Ausführung der Gastro-enterostomie (*Berlin. klin. Woch.*, 1894, p. 1134).

[3] Muntz, Les fonctions de l'estomac après le traitement chirurgical de la sténose pylorique (*Przeglad chirurgiczny*, t. II, p. 353. Varsovie, 1895).

[4] Siegel (E.), Ueber die funktionellen Erfolge nach Operationen am Magen (*Mitteilungen aus den Grenzbieten der Medizin und Chirurgie*, t. I, p. 348. Iéna, 1896).

expose en effet à des dangers. Dans ce procédé, on fait deux trous, l'un à l'épiploon gastro-colique, l'autre au mésocolon. Il est tout au moins très difficile de suturer le trou postérieur. De là un orifice tout prêt pour laisser l'intestin s'y hernier et s'y étrangler. C'est un fait qui a été noté par un certain nombre d'opérateurs et que j'ai observé à l'autopsie d'une malade opérée de la sorte par mon maître Terrier.

Pour ma part, je suis resté fidèle à la gastro-entérostomie antérieure précolique dont les accidents (compression du côlon transverse, reflux de la bile dans l'estomac, distension du bout intestinal afférent par suite de ce que les Allemands appellent *circulus viciosus*) sont le plus souvent dus à des fautes de technique.

Il faut dans toute gastro-entérostomie antérieure :

1° Garder au-dessus de l'anastomose un bout jéjunal suffisamment long pour permettre un libre jeu au côlon transverse ;

2° Fixer l'intestin à l'estomac sur une assez grande étendue pour éviter la formation d'un éperon ;

3° Donner à cette suture gastro-intestinale une direction oblique èn bas et à droite, veillant à ce que le bout afférent soit en haut et à gauche, ce qui est l'attitude normale de l'anse, lorsque l'anastomose est faite au bon endroit[1] ; puis placer la bouche anastomotique à la partie inférieure droite de cette suture.

On évite ainsi, croyons-nous, tous les accidents signalés, et l'on peut se dispenser de l'entéro-anastomose concomitante, conseillée par quelques chirurgiens, sauf dans des cas rares où l'anastomose étant très à gauche, la branche afférente fait nécessairement un coude aigu avec la portion suturée.

Quant au mode de coaptation des parties, comme M. Tuffier, je laisse de côté les boutons et les procédés en deux temps de Knïe, de Postnikow, de Bastianelli, de Souligoux et de Chaput. Je me contente de soie. Ma suture est très rapidement faite. C'est une double suture en surjet arrêté tous les cinq ou six points, particulièrement aux changements de direction. Un premier surjet comprenant toutes les tuniques fait l'hémostase, ferme les cavités et

[1] Nous avouons ne pas très bien comprendre pourquoi, dans ces dernières années, quelques chirurgiens ont tant insisté sur ce qu'ils appellent *la torsion de l'anse;* la quatrième portion du duodénum se termine à gauche de la colonne vertébrale; lorsqu'on prend la portion initiale du jéjunum et qu'on l'amène vers la ligne médiane pour la suturer à la face antérieure de l'estomac, on la renverse nécessairement et on la met forcément en bonne position. Nous devons de par l'anatomie conclure que ceux qui placent l'intestin en mauvaise position, en sens inverse comme péristaltisme du péristaltisme stomacal sont ceux qui ne savent pas chercher la bonne anse à anastomoser, la première du jéjunum.

sert de charpente au deuxième. Le deuxième surjet séro-musculaire isole complètement du péritoine le premier, dont les points perforants ne seraient pas sans danger laissés en rapport direct avec la séreuse.

Jamais nous n'avons eu d'accident tenant à un défaut de la suture ainsi pratiquée qui est plus rapide que toutes celles conseillées jusqu'ici et qui ne nécessite l'application d'aucune ligature spéciale sur des vaisseaux sectionnés, ceux-ci étant oblitérés par le premier surjet qui, nous le répétons, et c'est le point spécial à notre manière de faire, comprend toutes les tuniques des cavités à anastomoser.

M. Routier. — Il est, je crois, fort rare d'avoir à traiter un cas d'hématémèse, et, pour ma part, je suis tout disposé à traiter l'hémorrhagie de l'estomac comme celle de tout autre organe accessible, c'est-à-dire par la ligature, si possible, de l'artère qui saigne. Mais jusqu'ici je n'ai pas eu de cas semblable soumis à mon observation.

J'ai fait un certain nombre de gastro-entéro-anastomoses, presque toutes pour cancer : un cas cependant mérite de prendre place dans la discussion actuelle, car si ce n'était pas un ulcère simple de l'estomac, on y avait au moins pensé.

En mai dernier, j'étais consulté par un Américain de 46 ans, qui n'osait pas, disait-il, rentrer en Amérique sans être débarrassé de ses douleurs gastriques qu'une traversée récente avait fortement aggravées.

Depuis quatre ans surtout, cet homme souffrait de son estomac; malgré tous les traitements, les choses avaient empiré, et depuis deux ans, malgré un grand appétit, il vomissait deux ou trois heures après chaque repas, et ne voyait cesser ses souffrances qu'après s'être fait un lavage abondant de l'estomac.

Donc, tous les jours depuis deux ans, ce malheureux vomissait trois fois et se lavait l'estomac trois fois.

Très amaigri, il n'avait cependant pas l'aspect cachectique, son estomac un peu dilaté n'était pas douloureux à la palpation qui ne révélait aucune induration.

On avait successivement pensé à de la gastrite, à un ulcère simple, à un cancer.

J'éloignai l'idée de cancer, et vaincu par les instances de mon client, je lui offris de faire une gastro-entéro-anastomose, ce qu'il accepta avec joie.

Cette opération fut pratiquée le 14 mai, et je fis une gastro-entéro-anastomose à la face postérieure de l'estomac avec la première portion libre du jéjunum, prise assez lâche pour ne pas m'exposer à faire un coude brusque.

Comme d'habitude en pareil cas, je fis cette anastomose avec le bouton de Murphy; si je crains cet instrument pour les anastomoses entre deux anses intestinales, je n'en ai eu aucun ennui pour les anastomoses de l'estomac.

Tout se passa fort simplement, et malgré les imprudences du malade qui mangea des solides le deuxième jour, la guérison opératoire fut parfaite.

J'en dirai autant de la guérison complète, ce malade n'a plus souffert, n'a plus vomi, il a repris du poids, j'ai eu de ses nouvelles depuis son retour en Amérique, j'en ai eu encore récemment; il est enchanté de mon intervention.

La laparotomie n'a pas beaucoup servi à éclairer le diagnostic : j'ai pu confirmer ce que je pensais, c'est-à-dire l'absence de cancer; mais y avait-il eu ulcère, y avait-il sténose du pylore, je n'ai pu m'en assurer.

L'anastomose avec la face postérieure de l'estomac m'a toujours paru plus facile et plus rationnelle que celle qui consiste à cravater le côlon par l'anse qu'on se propose d'anastomoser.

Le bouton de Murphy, mauvais pour réunir deux anses d'intestin à cause de la qualité des matières auxquelles il devra livrer passage, j'en ai montré un ici oblitéré, comme par du mastic, ne m'a jamais paru avoir d'inconvénient appliqué à l'estomac. Je trouve son emploi facile, commode et rapide, et jusqu'à nouvel ordre, je ne me sens pas disposé à changer.

M. Tuffier, à propos de l'intervention chirurgicale dans les cas d'ulcères de l'estomac, rapporte les trois observations suivantes :

Observation. — *Gastro-entérostomie postérieure. Hématémèse. Mort par ulcère du foie.*

Le nommé François C..., âgé de 33 ans, laitier, entré le 1er mars 1897 dans le service du Dr Tuffier.

Antécédents héréditaires. — Ils ne présentent rien à signaler.

Antécédents personnels. — Oreillons à 23 ans, avec orchite consécutive bilatérale et atrophie testiculaire ultérieure. Chaude-pisse légère à 25 ans.

Il y a deux ou trois ans, il a commencé à vomir des matières muqueuses, bilieuses, puis alimentaires, de *couleur marc de café*, affirme le malade. Pas de melœna. Il se plaint d'avoir eu quelquefois du hoquet et des douleurs extrêmement vives, localisées à l'hypochondre gauche. A cette époque déjà le malade avait observé, au niveau de la région épigastrique, une petite tumeur qui rentrait et sortait facilement. Il se mit au régime lacté absolu et obtint une amélioration notable dans son état, à ce point que, depuis cinq à six mois, il avait repris l'alimentation

ordinaire comme par le passé. Il y a un mois, et sans raison, les mêmes accidents qu'il y a trois ans reparurent, il y eut des vomissements noirs, mais pas de melœna. Il entre le 1er mars à l'hôpital de la Pitié, salle Piory ; on le soumet au bismuth et au régime lacté. L'amélioration est peu sensible et il se décide à entrer en chirurgie.

État local. — Le ventre est ballonné et on détermine, à la pression, des douleurs diffuses. Le foie déborde d'un travers de doigt les fausses côtes.

On trouve, en outre, deux pointes de hernie inguinale, surtout à gauche, et une petite hernie épigastrique siégeant à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde et à cinq au-dessus de l'ombilic.

Elle sort facilement sous l'effort de la toux et dans la station debout et la marche. La grosseur est celle d'une grosse noisette et on la fait rentrer avec la plus grande facilité.

L'exploration profonde du pylore ne donne que des sensations peu nettes, et ce qu'on croit sentir quelquefois sous les doigts n'est peut-être que le bord du grand droit.

Enfin, le malade a des alternatives de diarrhée et de constipation et des vomissements matinaux fréquents.

Symptômes éthyliques marqués : tremblement des mains, cauchemars et rêves professionnels, crampes dans les mollets, pituites matutinales.

Le matin même de l'opération il y a eu vomissement très abondant de liquide brunâtre.

Opération le 18 mars 1897. — Éthérisation. Incision médiane de 12 centimètres, finissant à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. On tombe sur un estomac distendu, très vasculaire, avec des parois épaisses, plus résistantes et plus dures que d'habitude et sans traces de nodosités. Au-dessus du pylore et au niveau de la petite courbure, on trouve une bride allant de la face inférieure du foie à la face antérieure de l'estomac.

Gastro-entérostomie postérieure. La vascularisation extrême et l'abouchement peut-être trop près de la grande courbure a un peu compliqué l'opération par la quantité de sang écoulé.

Toutes les sutures sont faites à la soie. Pansement antiseptique.

Remarque : Notons la production d'un léger hématome à la base de l'épiploon, au niveau de son insertion à la grande courbure de l'estomac ou au vaisseau non lié pris dans la suture séro-séreuse antérieure. Deux autres petits vaisseaux ouverts pendant la déchirure de l'épiploon et situés dans l'épiploon lui-même ont été liés à la soie.

Durée de l'opération : Cinquante-cinq minutes, y compris vingt-quatre minutes de sutures dont quatre d'ouverture stomacale et intestinale.

Suites opératoires. — Le malade a des vomissements considérables immédiatement après l'opération. Dans l'après-midi, pas de vomissements. Le soir, il vomit à flot un liquide brunâtre analogue à celui

qu'il rendait avant l'opération. Dans la nuit, vomissements continuels. Agitation extrême. Le matin, chloral et lavement.

19 mars. — Le matin, vomissements abondants de liquide brunâtre. On donne une pilule de 2 centigrammes à 10 h. 30. A partir de ce moment, les vomissements diminuent; à 3 h. 30, 6 gouttes de laudanum. Pouls rapide. Les vomissements ont à peu près cessé le soir. Dans la nuit, pas de vomissement. Temp. 38°,4; pouls 122°.

20 mars. — Le malade n'a pas vomi ce matin et la fièvre est un peu tombée (38°,2), de même le pouls est à 105°.

Dans la journée, les vomissements apparaissent de nouveau, ils sont constitués par des matières brunâtres que le malade rejette avec force en jets. Le facies est très mauvais, le pouls extrêmement fréquent et très faible, il semble que le malade mourra cette nuit. 1,500 grammes de sérum intraveineux.

21 mars. — A 3 heures, en présence de la continuité des vomissements, bien que le ventre ne fût aucunement ballonné *en aucun point*, qu'il ait conservé sa souplesse, on se décide à ouvrir l'abdomen. Le malade est endormi à l'éther. On fait sauter les points de suture (M. Desfosses).

A l'ouverture du ventre, on trouve les intestins modérément distendus et de coloration normale. Au niveau de la gastro-entérostomie, l'anse a conservé son aspect normal, il n'y a point de coudure brusque, point de diminution brusque du calibre de l'intestin.

Les anses intestinales ne sont point particulièrement vascularisées, on ne constate en aucun point l'aspect d'un péritoine enflammé. Immédiatement après la fermeture de l'abdomen, par un seul point de suture à la grosse soie, on pratique une injection intra-veineuse de 1,500 grammes. Injection de 0,45 centigrammes de caféine.

Le malade continue à vomir comme auparavant. Le facies est aussi mauvais. Il semble que le malade n'en a plus que pour quelques heures. Temp. 38°,4; pouls 140°.

22 mars. — Même état extrêmement grave. Les vomissements ont une coloration jaunâtre. Injection 0gr,50 de caféine. Ce matin, injection de 1,300 grammes de sérum artificiel intra-veineux. Injection de caféine. Le soir, injection de 1,500 grammes. Langue sèche, pouls misérable et incomptable. Extrémités froides. Un lavement nutritif qui est bien gardé. Temp. 38°,6; pouls 143.

23 mars. — Langue sèche. Toujours délire. Vomissements fréquents. Pouls toujours extrêmement fréquent, est beaucoup plus fort. Le malade urine sous lui et va à la selle en diarrhée. On prélève un peu de sang à la pulpe du petit doigt pour l'examiner.

Injection de caféine 0gr,75; 1,500 grammes le matin et 1,500 grammes le soir (sérum artificiel intra-veineux).

Un lavement amène une débâcle considérable de matières fécales. Deux lavements nutritifs sont gardés. Le pouls est beaucoup plus fort et à 100, la fièvre à 38°. Le malade est toujours dans un état de subdélire. Moins agité. Ses traits sont horriblement tirés. Le malade ne peut supporter le poids de ses couvertures.

24 mars. — Ce matin le malade présente un gonflement extrêmement douloureux de la région parotidienne gauche. Ce gonflement n'existait pas la veille et s'est développé en une nuit.

Le malade a de la peine à ouvrir la bouche, il est toujours très affamé et dans un état de subdélire. Une purgation ne peut être avalée. Douleurs très vives. Un lavement glycériné amène une selle très abondante. Le malade a la plus grande peine pour avaler. Il peut à peine ouvrir la bouche en raison de la douleur provoquée par le gonflement parotidien.

Deux lavements nutritifs qui sont parfaitement tolérés. Le ventre n'est jamais ballonné. Les lèvres sèches. Le malade refuse toute boisson. Injection de 1,500 grammes de sérum.

25 mars. — A 9 heures du matin, mort dans le coma avec 39° de température.

Autopsie. — La gastro-entérostomie a bien tenu et on introduit facilement le doigt par la boutonnière stomacale. A la partie supérieure de la région pylorique et à deux centimètres environ du pylore, on trouve une *perforation de l'estomac*, de la largeur d'une pièce de 2 francs, et dont le pourtour adhère à la face inférieure du foie par des brides cicatricielles.

Le foie qui formait la voûte de l'ulcère présente à ce niveau une dépression et, de plus, est d'aspect blanchâtre, fibreux, cicatriciel; de la périphérie de l'ulcération rayonnent des brides cicatricielles, d'aspect fibreux. Les bords de l'ulcération stomacale sont anémiés, mais sont aussi cicatrisés et adhèrent fortement au pourtour de la cicatrice hépatique.

Un fragment glandulaire de la parotide a été prélevé à l'autopsie par M. Desfosses et envoyé à M. Macaigne, chef du laboratoire de Clamart, qui a envoyé à M. Tuffier la petite note suivante :

Parotidite suppurée (Villière). — Les culs-de-sac ganglionnaires sont isolés par une infiltration inflammatoire qui, par places, est très intense et se condense sous forme de véritables abcès.

L'examen bactériologique de ces coupes y montre une richesse extrême de microcoques groupés en amas et qui sont vraisemblablement des staphylocoques. Pas de bacilles de Koch.

Observation. — *Gastro-entérostomie postérieure. Cicatrice rétractile d'ulcère en évolution. Hématémèse.*

Le nommé Eugène E..., âgé de 39 ans, terrassier, entre en juin 1897 dans le service du Dr Tuffier.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort subitement.

Antécédents personnels. — Jamais de maladies dans son enfance.

Il y a six ans, le malade commença à avoir des vomissements muqueux et bilieux, mais non alimentaires, survenant presque tous les soirs après le dîner. Il éprouvait une sensation de brûlure au creux épigastrique. Ni hématémèses, ni melœna.

Les vomissements augmentèrent progressivement et, il y a trois ans, ils devinrent alimentaires, survenant quatre ou cinq heures après les repas. Les douleurs devinrent également plus fortes et le malade cessa l'usage de toutes boissons spiritueuses pour se mettre au régime lacté. Mais le lait n'était pas toujours toléré, et le malade le rendait caillé tous les quatre ou cinq jours.

Il y a deux ans, le malade fut obligé de quitter son travail, sa faiblesse augmentait petit à petit et il maigrit progressivement. Depuis longtemps déjà il ne peut manger de viande, non qu'il en ait le dégoût, mais il se plaint qu'elle ne peut être digérée. Au mois de mars dernier, il entra chez M. Merklen, à Laënnec, où on lui lava l'estomac pendant deux mois sans résultat. Depuis un mois, il a de fortes hématémèses coïncidant avec son entrée dans le service de M. Hayem, à Saint-Antoine, où on lui donnait un litre de lait par jour et deux lavements nutritifs. Lavage de l'estomac. Peu d'amélioration. Actuellement le malade rend deux fois par jour *plus de deux litres de liquide noirâtre*, marc de café, très fétide. Ces vomissements ne sont pas douloureux. Il y a du hoquet. Jamais de sang dans les selles.

Il n'y a pas de voussure de l'hypochondre gauche.

Peu de dilatation de l'estomac.

La palpation est surtout douloureuse au niveau du triangle épigastrique où l'on sent profondément une large plaque indurée se continuant en haut sous les fausses côtes du côté gauche. L'induration se poursuit jusqu'au pylore à droite et s'arrête à gauche sur la ligne mamelonnaire.

M. Hayem, qui ne peut plus rien lui faire médicalement, l'envoie avec la petite note suivante à M. Tuffier qui pratique l'opération.

Opération le 28 juin 1897. — Ethérisation. Incision médiane allant de la pointe de l'appendice xiphoïde à 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On trouve de suite des adhérences entre la face antérieure du foie et de l'estomac et la paroi abdominale antérieure, constituée par quelques brides celluleuses. On tombe sur l'estomac, peu augmenté de volume, dépassant le foie de 3 trois travers de doigt et d'une épaisseur égale à celle de 2 mains ; il est mobile, sauf dans la région attenante au foie qui adhère solidement à la face inférieure de l'organe.

On trouve vers la ligne médiane un noyau ou plutôt une *plaque indurée* très épaisse mesurant 3 travers de doigt d'épaisseur, occupant la face antérieure et la petite courbure et se continuant jusque dans le foie, rétracté en ce niveau. Cette tumeur ne s'accompagne pas de ganglions et si la vascularisation de l'estomac est riche au niveau de la grande courbure, elle n'est pas augmentée au niveau de la tuméfaction. En revanche, on sent l'aorte battre et faisant peut-être corps avec la plaque indurée. En cherchant la première anse jujénale on tombe sur l'iléon et on est frappé de l'atrophie et de la rétraction extrême de l'intestin à ce niveau, ce qui le fait abandonner. M. Tuffier cherche et amène la première anse qui présente le volume et les dimensions d'une anse jéjunale normale. La paroi est plus hypertrophiée qu'amincie et on choisit peut-être à tort cette anse, car il est possible que la diffé-

rence de calibre de l'intestin grêle tienne à une sténose de l'intestin. Gastro-entérostomie postérieure par le procédé habituel de M. Tuffier. L'estomac dont l'épaisseur des parois égale celle de la main contient un liquide noirâtre. Pas d'incident opératoire. Toutes les sutures à la soie, y compris la paroi abdominale. Pansement aseptique.

Remarque. — Ce qu'il est intéressant de retenir après cette exploration chirurgicale, c'est : 1° l'aspect rénitent et lisse de la masse ; 2° l'absence de riche vascularisation ; 3° l'absence de ganglions.

Suites opératoires. — Le 30 juin, le malade va très bien, pas de vomissements.

1er et 2 juillet. — Rien à signaler.

3 juillet. — Un œuf, pas de vomissements. La température monte jusqu'à 38°.

4 juillet. — Le malade s'alimente. La température est redescendue à la normale.

6 juillet. — On enlève les fils, cicatrice parfaite, peu d'appétit. Il a mangé à midi un peu de viande hachée dans du bouillon et a pris quelques cuillerées de bouillon, le soir, avec un litre de lait dans la journée. Pas de selles, insomnie, pas très fatigué.

7 juillet. — Etat excellent. Bonne nuit, pas de selles.

8 juillet. — 3/4 de litre de lait, champagne, eau de Vichy et orange. Lavement évacuateur. Température normale. Le malade a peu dormi à cause de violentes coliques ayant débutées à 6 heures du soir jusqu'à quatre heures du matin. De minuit au point du jour il ressent des douleurs atroces avec ballonnement du ventre et le malade eut peur de mourir. Ce matin presque plus mal au ventre. Température normale.

9 juillet. — Lait, bouillon, sans grand appétit. Pas de selles, bonne nuit.

12 juillet. — *Le malade n'a jamais vomi depuis son opération.*

17 juillet. — Exeat; il retourne chez M. Hayem, complètement guéri.

OBSERVATION. — *Ulcère de l'estomac. Péritonite par propagation. Gastro-enterostomie posterieure.*

La nommée Lidia B..., âgé de 25 ans, domestique, entrée le 29 octobre 1897, dans le service du Dr Tuffier.

Antécédents héréditaires. — Jamais de maladies.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans régulièrement. Jamais d'accouchement ni de fausse couche. Il y a un an au mois d'août, la malade eut de grands vomissements noirs qui déterminèrent une syncope.

Jamais d'autres vomissements. Pas de douleurs au niveau de la région de l'hypocondre gauche ni le long de la colonne vertébrale. Constipation opiniâtre. Hier, 28 novembre 1897, à midi, la malade ressentit une douleur brusque au niveau de la région de l'estomac et entre

aussitôt à l'hôpital ; M. Dujarrier, interne du service, l'examine immédiatement et trouve un point très douloureux localisé au-dessous des fausses côtes à l'intersection de la ligne mamelonnaire et d'une ligne horizontale passant à 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le ventre est un peu ballonné, mais pas très dur. La malade a le facies inquiet et anxieux.

M. Tuffier la voit à la visite du matin et décide de l'opérer immédiatement pensant à une perforation de l'estomac.

La température était de 36°,8 ; le pouls un peu rapide et fort.

Opération le 30 octobre 1897. — Incision médiane de 10 centimètres au-dessus de l'ombilic. On tombe sur un péritoine pariétal infiltré et dans l'intérieur de la grande séreuse il y a du liquide et des adhérences entre l'épiploon, l'intestin et l'estomac, adhérences lâches qu'on dissocie facilement.

En haut et à gauche, les adhérences sont fermes et on sent une tumeur volumineuse dont le contour inférieur répond assez exactement aux dimensions d'une pièce de 5 francs.

L'estomac est fixé et il est impossible de le faire sortir et de l'attirer dans le champ opératoire sans exercer des tractions dangereuses sur les adhérences inférieures.

On perfore le mésocôlon transverse et à travers l'orifice ainsi créé, on passe la première anse jéjunale que l'on met au contact de la paroi abdominale postérieure, ce qui n'est pas sans être difficile car l'estomac ne peut bouger et l'on est obligé d'opérer dans l'abdomen et profondément. Une bouche est pratiquée très près de la grande courbure, trop près même de l'attache d'insertion du grand épiploon.

Plan séro-séreux postérieur, plan muco-muqueux postérieur. Deux plans séro-séreux antérieur dont le premier est fait avant l'ouverture des organes.

Avant la suture définitive quelques points sont placés pour réunir l'épiploon au-dessous de la cicatrice.

Suites opératoires. — Le 31 octobre, rien comme alimentation, opium, morphine, 1 litre de sérum sous-cutané. La température monte vers 38°,7. Pas de vomissements.

1er novembre. — Facies altéré. La malade se plaint de souffrir un peu du ventre.

Pas de ballonnement ni de vomissements.

2 novembre. — La malade ne s'alimente pas. Glace sur le ventre. Hoquet. Urine 250 grammes.

6 novembre. — Glace, champagne, lait ; selles après un lavement. Urine 750 grammes.

7 novembre. — La malade mange de la viande crue dans du bouillon et une côtelette, champagne, lait. Plus de douleurs. Ablation des fils, réunion parfaite.

8 novembre. — Excellent état. Plus de hoquet.

La malade n'a jamais vomi depuis l'operation.

15 novembre. — Passage salle Gerdy. Excellent état de la malade. Rien à signaler.

La malade mange, digère très bien et ne souffre plus.

Rapport.

Deux cas d'abcès du foie, par M. le Dr LAFOURCADE (de Bayonne).

Rapport par M. GUSTAVE RICHELOT.

M. Lafourcade nous a envoyé deux observations d'abcès du foie, dont l'évolution et le traitement méritent d'attirer notre attention.

Dans la première, il s'agit d'un jeune homme de 22 ans, qui a passé deux ans à Saïgon et au Tonkin. A la fin de son séjour, au moment de s'embarquer pour la France, il contracte la dysenterie. Arrivé en France, en janvier 1896, il paraît en bonne santé, malgré une certaine maigreur, et se livre aux exercices du cheval et de la bicyclette; c'est seulement au bout de deux mois que l'état général devient mauvais, avec des températures de 38°,5, et qu'un médecin diagnostique la tuberculose pulmonaire. M. Lafourcade, appelé à ce moment, trouve une voussure à la base du thorax, un bord antérieur du foie qui dépasse de deux à trois centimètres les fausses côtes, une fièvre oscillant de 37°,5 à 39, et tenant compte des antécédents, reconnaît sans difficulté la nature du mal : abcès dysentérique du foie à marche lente (sept mois depuis le début). Une ponction à travers les côtes donne d'abord deux litres et demie de pus chocolat, et l'opération est faite le 16 juin 1896.

Avant de choisir une ligne de conduite, M. Lafourcade nous dit : « Je ne m'arrêtai même pas au procédé de Stromeyer-Little, qui, malgré les quelques résultats favorables qu'il donne aux colonies, est aveugle, dangereux, en un mot, antichirurgical ». Nous nous expliquerons là-dessus tout à l'heure. Puis il s'arrête à un procédé que Lannelongue a décrit au Congrès de chirurgie en 1888, *la résection du bord inférieur du thorax*. Il décrit l'opération : longue incision oblique, dénudation et résection des 8e, 9e et 10e cartilages costaux, puis de la 10e et de la 9e côte. Il ouvre le péritoine, le protège avec des compresses, ponctionne le foie; mais comme, en se vidant, l'organe fuit et disparaît sous les côtes, il enlève encore la 8e, en ayant soin de refouler la plèvre. Alors seulement l'opérateur suture le tissu hépatique au péritoine pariétal, ouvre largement, fait couler 3 litres et demi, lave et draine cet énorme foyer. Après l'opération, la température est basse (35°,2) et l'opéré faible; le vingtième jour, la bile coule en abondance par le

drain, 900 à 1,000 grammes en vingt-quatre heures ; cette cholerrhagie épuise le malade, qui succombe le 32e jour.

Dans la deuxième observation, M. Lafourcade nous montre un malade syphilitique, chez lequel une diarrhée avec fièvre et douleur dans l'épaule droite fut prise pour une *influenza* et le volume augmenté du foie attribué à des *accidents spécifiques concomitants.* Envoyé au bord de la mer, avec des températures de 38° et 39°,5, on lui trouva une *fièvre typhoïde probable* et on commença le traitement par les bains froids. C'est alors que M. Lafourcade intervint, et voyant un malade affaibli, émacié et dans un très grave état général, avec une matité exagérée à la base du thorax, fit une ponction intercostale et retira un demi-litre de pus chocolat. Le diagnostic était fait : restait le choix du traitement. Est-ce parce que la résection du bord inférieur du thorax ne l'avait pas entièrement satisfait chez son premier malade, que cette fois il n'y songea pas ? Toujours est-il que, pour aborder ce foie qui ne débordait pas les fausses côtes et cet abcès très élevé, il choisit judicieusement *la voie transpleurale*, réséqua 7 centimètres de la 7e et de la 8e côte, traversa la plèvre sans laisser pénétrer l'air, comme plusieurs d'entre nous l'ont fait pour ouvrir des kystes hydatiques, incisa le diaphragme, trouva la face convexe du foie adhérente et ouvrit l'abcès qui affleurait la surface de l'organe et contenait un litre et demi de pus. Les lèvres de la plaie diaphragmatique furent cousues au feuillet pariétal de la plèvre et le drainage établi. Les suites furent très simples, et le malade, levé le quinzième jour, retourna à Paris le trentième.

Si nous comparons entre elles ces deux observations, nous voyons d'abord qu'elles diffèrent par la durée de l'évolution. L'abcès du second malade a suivi une marche aiguë, à la suite d'accidents fébriles avec diarrhée ; chez le premier, au contraire, les accidents qui ont amené l'intervention chirurgicale n'ont éclaté qu'au bout de sept mois. Ce n'est pas là un type exceptionnel ; les abcès du foie peuvent se révéler à beaucoup plus longue échéance, et les accidents dysentériques doivent souvent être cherchés très loin dans le passé ; je vous en donnerai bientôt un exemple. Est-ce à la longueur de leur évolution qu'il faut attribuer la stérilité du pus, constatée dans quelques-uns ? Il resterait encore à expliquer, et je vous demande de m'expliquer pourquoi le pus retiré de l'abcès est stérile, tandis que l'abcès non ouvert, quelque lointaine que soit son origine, détermine une infection grave et des températures élevées ?

Le diagnostic, dans les deux cas de M. Lafourcade, a erré passablement jusqu'à son intervention : tuberculose, pleurésie enkystée, influenza, fièvre typhoïde, accidents syphilitiques. Je n'insiste

pas; ce diagnostic peut être fort difficile, et, chez son second malade, M. Lafourcade fut conduit à faire la ponction exploratrice par le souvenir de la diarrhée avec fièvre, mais sans caractère spécial, qu'on lui avait signalée, peut-être aussi par l'expérience que le premier lui avait donnée. Chez celui-ci, les premières erreurs sont moins excusables; car le séjour au Tonkin et la dysenterie appelaient forcément l'attention.

Mais c'est principalement au choix du procédé opératoire que je voudrais m'arrêter. Il y avait, chez les deux malades, un abcès profondément caché sous le diaphragme, et M. Lafourcade n'a pas cru pouvoir l'aborder par la paroi abdominale, sans user d'un expédient. Peut-être y a-t-il moyen — j'y reviendrai tout à l'heure — d'ouvrir ces abcès profonds, au moins certains d'entre eux, sans opération préliminaire. Toutefois, quand le bord antérieur de l'organe se dérobe absolument, il faut bien choisir une voie détournée. Mais pourquoi, jugeant ainsi la question, M. Lafourcade a-t-il adopté d'abord la résection du bord inférieur du thorax, procédé décrit par Lannelongue et appliqué par cet auteur à un cas très différent (abcès tuberculeux sus-hépatique chez un enfant de douze ans)? Il est bien entendu que le procédé en question n'a pas été nuisible au malade; l'opération n'a été ni longue ni mauvaise; le malade est mort parce qu'il avait un énorme foyer, une infection grave, une cachexie profonde et parce qu'un accident fortuit, la cholerrhagie, l'a rapidement épuisé. Mais s'il avait guéri, M. Lafourcade n'aurait-il pas eu à se repentir d'avoir réséqué plusieurs côtes et rompu l'équilibre du thorax, d'avoir atteint son but au prix d'un trop grand délabrement? Chez son second malade, au contraire, ayant adopté la voie transpleurale, que nous connaissons pour l'avoir appliquée aux kystes hydatiques, il a fait une opération simple, rationnelle, sans dangers pour la plèvre, et son malade a guéri dans de bonnes conditions. Je n'hésite pas à dire que cette fois il avait pris le meilleur chemin, le plus sûr pour ouvrir les abcès auquel ne semble pas convenir la voie ordinaire, et la plus directe, l'incision franche de la paroi abdominale.

Sur ce dernier point, vous avez remarqué la phrase que j'ai citée plus haut, et dans laquelle M. Lafourcade condamne, comme antichirurgical, le procédé de Stromeyer-Little. Nous lisons cependant, dans l'excellent article du *Traité de chirurgie* que Segond a écrit sur les abcès du foie, que c'est là le procédé de choix, celui qui mérite d'être adopté dans l'avenir. Mais il dit « le procédé de Little *plus ou moins modifié.* » En effet, après avoir établi que l'incision franche a donné des succès inespérés, et que Little a eu le mérite de nous induire à traiter les abcès du foie d'après les mêmes principes que les abcès de toute autre région, Segond nous

montre ce que le procédé primitif de Little, le coup de sabre donné sans précautions à travers la paroi, doit avoir de dangereux et d'aveugle, et les revers incontestables qui en sont la conséquence : effusion du sang et du pus dans le péritoine, péritonite, blessure de la vésicule biliaire ou d'une anse intestinale. Que la stérilité du pus, dans quelques abcès, rende la manœuvre inoffensive, c'est là un fait curieux et rassurant dans une certaine mesure ; mais cette stérilité ne saurait être constante, et il faut conclure en disant que l'incision de Little est le meilleur procédé à la condition de n'être plus l'incision de Little et de se transformer en une laparotomie prudente, méthodique, protégeant le péritoine, opération à ciel ouvert comme nous les aimons aujourd'hui. Voilà comment la contradiction n'est qu'apparente entre l'article de Segond et la phrase de Lafourcade ; voilà le terrain sur lequel tous les chirurgiens expérimentés sont d'accord aujourd'hui.

Une observation qui m'est personnelle, et que je vous demande la permission de vous soumettre, met bien en lumière les quelques points sur lesquels je viens d'insister.

Je fus consulté, en juin 1897, par M. K..., homme de 39 ans, qui a fait au service de la France la campagne du Tonkin, non sans y subir l'épreuve d'une dysenterie grave. Depuis 1886, à deux ou trois reprises il a eu « des fièvres » ; d'ailleurs, santé vigoureuse, appétit régulier, estomac solide, aucune trace d'alcoolisme. Seulement depuis deux ans, la santé est moins bonne, il y a des moments de souffrance vague, de malaises inexpliqués. Vous voyez que nous sommes loin de la période de sept mois après laquelle s'est montré l'abcès chez le premier malade de M. Lafourcade, et que le mien peut passer à bon droit pour s'être fait attendre.

Tout à coup, la fièvre éclate avec une douleur violente. Sensibilité épigastrique excessive, ballonnement, péritonisme, température 39 et 40°. A un premier examen, il m'est impossible de rien reconnaître. Quelques jours plus tard, l'orage calmé, Dieulafoy est appelé, diagnostique un abcès du foie ou un kyste hydatique suppuré et conseille une ponction exploratrice. Appelé de nouveau, je trouve la situation bien éclaircie, la collection purulente n'est pas douteuse, car il y a une bosse fluctuante sous les fausses côtes ; le kyste hydatique suppuré est moins probable que l'abcès, puisque le malade est un Tonkinois. Très souffrant, sans sommeil, sans appétit, ayant tous les jours 38 et 38° 5, le malade réclame l'opération, qui est faite le 23 juin.

Laparotomie au centre de la voussure, par une incision de 12 centimètres partant des fausses côtes, à peu près dans la région de la vésicule biliaire. J'arrive sur le foie, dont la surface est unie à la paroi par des adhérences celluleuses, que je dissocie dans l'étendue de quelques millimètres seulement, pour ne pas ouvrir le péritoine qu'elles protègent. Une ponction exploratrice donne un pus franc, sans odeur,

puis un pus sanguinolent. Je retire le trocart, je fais une incision de quelques centimètres et, pendant que le pus s'écoule, j'explore la cavité de l'abcès, dont je rencontre partout les parois. Deux drains sont placés, et la plaie superficielle est rétrécie par la suture. Il a coulé 350 grammes de pus ; l'examen bactériologique, cette fois, n'est pas fait.

Rien à dire des suites. Toute fièvre cesse ; l'état général, l'appétit se relèvent ; les drains sont repoussés peu à peu, et l'abcès fermé au bout de vingt-cinq jours. Je note que tout est souple et insensible autour de la cicatrice.

Mais bientôt, la douleur se réveille en un autre point, au-dessous de l'appendice xiphoïde. Ce n'est rien d'abord et n'empêche pas le malade de voyager, d'aller à Vienne, à Genève, à Bucarest. Cependant, la douleur devient assez vive pour l'engager à consulter successivement Albert, Auguste Reverdin, Léontieff. Il ne s'en tient pas, malheureusement, aux hommes sérieux. Comme il s'agit d'un personnage connu, les conseils et les consultants surgissent de toutes parts. On examine la cicatrice, on critique mon incision, on déclare que j'ai dû ouvrir une gomme syphilitique, et qu'il s'en forme une autre à côté de la première. Fatigué de son mal, de ses pérégrinations et des avis contradictoires de vingt médecins, il revient à Paris en assez piteux état, ayant perdu 18 livres de son poids, souffrant de l'épigastre avec pes irradiations aux deux épaules et une toux réflexe continue, malgré l'intégrité parfaite de ses bronches. La température oscille autour de 38° ; sous l'appendice xiphoïde, exactement sur la ligne médiane, est une saillie rénitente qui rappelle absolument celle que j'ai ouverte, et que je n'hésite pas à considérer comme un deuxième abcès, indépendant du premier et développé à sa suite, car j'ai noté, après la cicatrisation, l'intégrité parfaite de la région aujourd'hui malade.

Nouvelle intervention le 2 octobre. Incision entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic. J'arrive sur le foie, qui adhère absolument à la paroi, et j'effondre l'abcès ; j'aurais pu donner le coup de sabre de Little, sans danger pour le péritoine. Deux cents grammes de pus non fétide, lavage salé, gros drain et suture. La douleur de l'épaule gauche disparaît aussitôt, mais non celle de l'épaule droite.

Ce second abcès m'avait déjà étonné, car les abcès du foie sont uniques dans la grande majorité des cas, et je pensais bien que nous en avions fini, lorsqu'une douleur vive se déclara dans le côté droit, au niveau de la 8e et de la 9e côte. Je n'y attachai pas tout d'abord une grande importance, je crus à un point de névralgie intercostale, je m'assurai à diverses reprises qu'il n'y avait pas d'épanchement pleurétique, et je m'efforçai, tout en surveillant la cicatrisation du second foyer, qui marchait régulièrement, de faire patienter mon malade. Mais il ne voulait rien entendre et était persuadé qu'il avait un troisième abcès. La douleur fixe au niveau de la convexité du foie, la douleur irradiée à l'épaule droite, la persistance de la toux réflexe, la température voisine de 38° semblaient lui donner raison. A mon tour je ne voulais pas céder, tant le fait me paraissait rare, puisqu'on trouve

dans les statistiques trois abcès sept à huit fois, pour une trentaine d'abcès doubles et 150 abcès uniques.

Le foyer sous-xiphoïdien s'étant fermé en trois semaines, mon malade quitta la maison de santé et alla rendre visite à un médecin militaire de sa connaissance, dont il n'a pas voulu me dire le nom, qui n'a pas voulu venir en consultation avec moi parce que les règlements s'y opposent, mais dont les paroles dénotent une connaissance approfondie de la question et un grand sens pratique. Il dit à mon malade avoir vu quelquefois deux abcès, jamais trois; il lui dit cependant qu'il en avait un troisième, et que je l'ouvrirais sans doute sous les fausses côtes, en dehors, parallèlement aux deux premières incisions. Il ajouta que, dans les pays chauds, l'opération de Stromeyer-Little donne une mortalité de 50 0/0, quoiqu'on ne l'avoue pas toujours; que d'ailleurs, les insuccès doivent être attribués pour une part à l'inexpérience des jeunes médecins militaires, et aussi à l'état d'infection grave où sont beaucoup de malades ; que, par suite, l'incision aveugle et sans précaution n'est pas seule responsable.

M. K..., souffrant toujours et ne dormant pas, me mit alors en demeure d'intervenir pour la troisième fois. Mais la situation était plus délicate ; l'abcès occupait un siège élevé, sous le diaphragme ; il n'y avait aucune saillie au-dessous des fausses côtes, aucun signe d'adhérences. Je devais, en pratiquant une incision analogue aux deux premières et plus en dehors. pénétrer dans le péritoine, trouver la surface du foie plus ou moins cachée, explorer avec le trocart, et n'aborder la collection à sa partie déclive qu'après avoir traversé une certaine épaisseur de tissu hépatique. Ne valait-il pas mieux me guider sur la douleur fixe au niveau de la huitième côte, et compter sur la voie transpleurale pour me conduire plus directement vers l'abcès ? J'avoue que le médecin militaire eut quelque influence sur ma résolution ; je me décidai, le 27 octobre, à faire une troisième laparotomie.

Incision verticale, parallèle aux deux autres, sur la ligne du mamelon, commençant un peu au-dessus du dernier cartilage. J'ouvre le péritoine, et je trouve le bord antérieur du foie entièrement libre d'adhérences et débordant peu ce cartillage. Je l'abaisse facilement, pour mettre à découvert une étendue suffisante de la face convexe, dont l'aspect est absolument normal. Il s'agit d'aller à la recherche du pus dans la profondeur de l'organe ; j'enfonce le trocart aspirateur dans la direction indiquée par la douleur pariétale, je dirige la pointe en divers sens et je ne trouve rien ; j'insiste encore, une goutte de pus traverse la canule, puis rien. Alors, avec mon doigt je pénétre dans le tissu hépatique, pensant que je vais ouvrir un foyer ; je creuse un trajet profond, je déchire le tissu, rien ne coule que du sang, et l'hémorrhagie est assez vive pour m'obliger à maintenir quelque temps un tampon sur l'orifice. L'écoulement sanguin s'arrête, et j'hésite un instant, me demandant si je vais renoncer à atteindre l'abcès par cette voie et recommencer l'opération en traversant la plèvre. Cependant, j'introduis encore une fois l'index à toute profondeur, dans la direction de la huitième côte ; je déchire encore une lame de tissu et l'extrémité de

mon doigt se trouve libre dans une cavité ; en le retirant, un flot de pus s'échappe, il en coule 7 ou 800 grammes. Quand tout est sorti, je place un gros tube, long de vingt centimètres, je dispose une mèche de gaze pour fermer le péritoine au-dessous de lui, et je rétrécis la plaie cutanée par la suture. Les mêmes soins que précédemment amènent la cicatrisation parfaite en un mois, et le malade est aujourd'hui parfaitement guéri. Cette fois, l'examen bactériologique du pus a été fait ; on l'a trouvé stérile, sans microbes, et ne donnant pas de cultures. Je répète ma question : comment un pus stérile, sans virulence, inoffensif quand on l'injecte à un animal, peut-il être une cause d'infection grave, d'amaigrissement, de cachexie avant son évacuation ? Si on me disait que les microbes anaérobies n'ont pas été recherchés dans le pus de mon malade et qu'ils avaient disparu avant les essais de culture et d'inoculation, je répondrais en demandant pourquoi le même pus, coulant directement, comme cela s'est vu, d'un abcès du foie dans le péritoine, ne provoque pas la péritonite ?

Mon observation diffère de celles de M. Lafourcade par le nombre des abcès et la durée beaucoup plus longue de leur évolution. Elle soulève les mêmes questions de thérapeutique, et m'autorise à conclure que les abcès faisant saillie au-dessous des fausses côtes doivent être abordés, tout le monde l'admet aujourd'hui, par l'incision franche de la paroi abdominale ; que cette incision est simple, élémentaire et sans péril quand il y a des adhérences ; que, dans le cas contraire, l'ignorance où nous sommes des qualités du pus, malgré les exemples de stérilité aujourd'hui connus, nous oblige à faire une laparotomie prudente, méthodique, en protégeant le péritoine, et à repousser l'incision aveugle de Little ; que cette laparotomie permet d'atteindre même des abcès très haut situés, en traversant une grande épaisseur de tissu hépatique, et qu'il est possible de se frayer hardiment un chemin à travers le foie, sans résection ni aucune opération préliminaire, pour peu que la face convexe puisse être abordée au-dessous des fausses côtes ; qu'enfin, si le foie paraît entièrement caché, le diaphragme et les côtes refoulés, la voie transpleurale peut être meilleure, plus directe et plus sûre, et mérite en tous cas la préférence sur la résection du bord inférieur du thorax.

Présentation de malades.

M. Nimier présente un malade atteint de kyste médian congénital du cou.

Présentation de pièces.

M. Desfosses présente, au nom de M. Tuffier, un estomac dont une partie a été réséquée par M. Tuffier. La malade avait parfaitement survécu à cette intervention, mais la récidive ne tarda pas à l'emporter.

Élections pour le Bureau de 1898.

Au cours de la séance, on a procédé au renouvellement du bureau de la Société de chirurgie pour l'année 1898.

M. Berger a été élu président par 27 voix sur 27 votants.

M. Pozzi a été nommé vice-président par 22 voix sur 27 votants.

M. Reynier et M. Routier ont été nommés secrétaires annuels.

M. Brun et M. Walther, par acclamations, ont été maintenus dans leurs fonctions d'archiviste et de trésorier.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

Nélaton.

TABLE DES MATIÈRES

A

B

C

D

E

F

G

H

I

K

L

N

O

P

R

S

T

U

TABLE DES AUTEURS

A

B

C

D

E

F

Q

R

S

T

V

W

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 51.2.98.